



**INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA E GESTÃO**  
**Departamento de Gestão e Economia**

**A SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO, O PAPEL DOS PROFISSIONAIS E  
O IMPACTO SÓCIOECONÓMICO NUMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE.**

***José Augusto Calado Monteiro***

Dissertação para a obtenção de Grau de Mestre em Gestão  
Especialização em Administração Pública

Guarda, Outubro, 2010

**INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA E GESTÃO**  
**Departamento Gestão e Economia**

**A SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO, O PAPEL DOS PROFISSIONAIS E  
O IMPACTO SÓCIOECONÓMICO NUMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE.**

**José Augusto Calado Monteiro**

Dissertação para a obtenção de Grau de Mestre em Gestão  
Especialização em Administração Pública

Orientadora: Professora Doutora Maria Manuela dos Santos Natário

Guarda, Outubro, 2010

*Aos meus pais, esposa e filhos,  
Andreia e Diogo, pelo tempo  
que não lhes dediquei.*

## **AGRADECIMENTOS**

Apesar de a construção da tese de mestrado ser uma tarefa solitária, ela só é possível com o apoio e ajuda de outros intervenientes, aos quais quero expressar o meu reconhecimento.

Deste modo, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Maria Manuela dos Santos Natário, pelo incentivo em momentos de alguma descrença, pelas sugestões e críticas ao longo de todo este tempo, bem como pela sua dedicação e disponibilidade, principalmente nesta parte final, realizada em contra-relógio.

Agradeço à Equipa da Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital Sousa Martins, pela compreensão demonstrada em momentos de maiores ausências, da minha parte.

Aos meus amigos e a todos os que directamente ou indirectamente me apoiaram e ajudaram, o meu obrigado pelo incentivo e interesse demonstrados ao longo de mais esta etapa da minha vida.

À minha família, por ter suportado momentos de ausência, de tensão e de angústia ao longo deste último ano, em especial à minha esposa Angela, por ter sido um pilar importante no apoio familiar.

A todos, muito obrigado pela ajuda em levar esta tarefa a bom porto.

## **RESUMO**

Os eventos adversos são uma realidade nos cuidados de saúde, com particular interesse para o paciente cirúrgico, pelo que é determinante que se conheça a sua dimensão, no sentido de os evitar, sempre que possível. A interiorização de uma cultura de segurança, como uma prioridade, por parte dos profissionais, pode contribuir para o desenvolvimento de sistemas que conduzam a cuidados mais seguros. Deste modo, pode reduzir-se a ocorrência dos eventos e os seus impactos negativos, principalmente nos dias de internamento e nos custos adicionais associados. Nesta perspectiva, foi desenvolvido um estudo exploratório numa Unidade Local de Saúde, com o objectivo de conhecer a cultura de segurança existente nos serviços cirúrgicos, referente ao ano de 2008, e se esta é influenciada por três dimensões: a liderança, o trabalho de equipa e a comunicação. Associado a este estudo, foi desenvolvido um outro para conhecer os impactos socioeconómicos de determinados eventos adversos relacionados com a cirurgia, também relativamente ao ano de 2008. Os resultados obtidos demonstram que a cultura de segurança é influenciada por qualquer das três dimensões referidas, constatando-se que a cultura existente nestes serviços se situa num nível intermédio, classificado como aceitável. Ao nível dos resultados socioeconómicos, verificou-se que para os 40 casos identificados, em que ocorreram eventos adversos, houve um adicional de 753,4 dias de internamento, correspondendo a 553,412€ de custos adicionais, com uma taxa de mortalidade associada de 17,5% e a necessidade de voltar ao bloco operatório em 55% dos casos.

**Palavras-Chave:** Paciente cirúrgico, eventos adversos, cultura de segurança.

## **ABSTRACT**

Adverse events are a reality in healthcare, with particular interest for the surgical patient, so it is crucial to know its dimension, so one can take action to avoid them whenever is possible. The internalization of a safety culture as a priority for healthcare professionals, can contribute to the development of systems who lead to a safer care. Thus it can reduce the occurrence of events and their negative impacts, especially on days of hospitalization and additional costs. In this perspective, we developed an exploratory study in a Local Health Unit, in order to know the culture of safety in existing surgical services for the year 2008, and whether it is influenced by three dimensions of safety culture: leadership, teamwork and communication. Related with this study, we developed another to know the socioeconomic impact of certain adverse events related to surgery, also for the year 2008. The results show that safety culture is influenced by any of these three dimensions, noting that the existing culture in these services is located at an intermediate level, classified as acceptable. In terms of social-economic results, it was found that for the 40 identified cases in which adverse events occurred, there was an additional 753.4 days of hospitalization, corresponding to €553.412 for additional costs, with an associated mortality rate of 17, 5% and the need to return to the operating room in 55% of cases

**Keywords:** Surgical patient, adverse events, safety culture.

## ***SIGLAS E ABREVIATURAS***

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADSE – Assistência na Doença dos Servidores do Estado

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AHRQ – *Agency for Healthcare Research Quality*

AORN – *Association of Perioperative Registered Nurses*

ARS - Administração Regional de Saúde

ASA – *American Society of Anesthesiologists*

CID-9-MC – Classificação Internacional de Doenças – 9ª Revisão – Modificação  
Clínica

DGS – Direcção Geral da Saúde

DRG – *Diagnosis Related Groups*

ECG – Electrocardiograma

EPE – Entidade Pública Empresarial

F – Frequência

GCD – Grandes Categorias Diagnósticas

GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneos

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOM – *Institute of Medicine*

JCAHO – *Joint Commission on Accreditation for Healthcare Organizations*

n – Amostra

NHS – *National Health Service*

NPSA – *National Patient Safety Agency*

NQF – *National Quality Forum*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

RCA – *Root Cause Analysis*

RX – Raios X

SA – Sociedade Anónima

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Sociedade Público Administrativa

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ULS – Unidade Local de Saúde

% - Percentagem



## ÍNDICE GERAL

ÍNDICE GERAL .....	vi
Índice de Tabelas .....	viii
Índice de Quadros .....	ix
Índice de Figuras.....	x
Índice De Gráficos .....	xi
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA.....	5
1 – O Paciente Cirúrgico e o Papel dos Profissionais de Saúde .....	6
1.1 – Período Pré-operatório .....	10
1.2 – Período Intra-Operatório .....	14
1.3 – Período Pós-Operatório .....	19
1.4 – O Papel da Enfermagem Perioperatória.....	26
2 – A Segurança do Paciente .....	31
2.1 – A Comunicação de Eventos Adversos .....	34
2.2 – A Cultura de Segurança dos Pacientes.....	47
3 – Aspectos Socioeconómicos dos Serviços de Saúde.....	60
3.1 – A Gestão dos Serviços de Saúde em Portugal.....	62
3.2 –O Financiamento dos Serviços de Saúde .....	70
3.3 – Os Grupos de Diagnóstico Homogéneos e o Pagamento aos Hospitais .....	76
3.4 – Aspectos Socioeconómicos da Prestação de Cuidados de Saúde .....	80
II – METODOLOGIA .....	84
1 – Caracterização da ULS da Guarda, EPE.....	86
2 – Problema .....	90
3 – Questões de Investigação.....	91
4 – Estudo 1: Avaliação sobre a Cultura de Segurança .....	92
4.1 – Hipóteses .....	92
4.2 – Variáveis em Estudo .....	93
4.3 – População .....	97
4.4 – Instrumento de Colheita de Dados .....	98
4.5 – Procedimentos Formais e Éticos .....	100

4.6 – Colheita de Dados .....	100
4.7 – Tratamento Estatístico.....	101
5 - Estudo 2: Análise Socioeconómica .....	101
IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	104
1 – Análise de Dados .....	104
1.1 – Estudo 1: Avaliação sobre a Cultura de Segurança.....	105
1.2 – Estudo 2: Análise Socioeconómica .....	116
2 – Discussão de Resultados .....	119
CONCLUSÕES .....	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	133
ANEXOS.....	146
Anexo 1 – Critérios Clínicos Relacionados com os Eventos Adversos, Segundo Wilson <i>et al</i> (1995). .....	146
Anexo 2 – Indicadores por Área Relacionados com a Segurança do Paciente, Segundo a OCDE (2004). .....	147
Anexo 3 – Grupos de Eventos Adversos Segundo a OMS (2008). .....	147
Anexo 4 – Questionário .....	148
Anexo 5 – Requerimento ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da ULS da Guarda, EPE, a solicitar autorização para a realização do Estudo. ....	150
Anexo 6 – Quadro ANOVA para a Dimensão “Liderança” .....	152
Anexo 7 – Quadro ANOVA para a Dimensão “Comunicação Aberta” .....	153
Anexo 8 – Quadro ANOVA para a Dimensão “Trabalho de Equipa” .....	154

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Classificação do Estado Físico, segundo a American Society of Anesthesiologists .....	9
Tabela 2 – Eventos Graves Comunicados nos Cuidados de Saúde .....	45
Tabela 3 – Distribuição da Amostra quanto ao Género .....	105
Tabela 4 – Distribuição da Amostra quanto à Profissão .....	106
Tabela 5 – Distribuição da Amostra quanto à Idade .....	106
Tabela 6 – Análise ANOVA para a dimensão “ <i>Cultura de Segurança</i> ” .....	112
Tabela 7 – Constituição dos <i>Clusters</i> e suas Médias.....	113
Tabela 8 – Diferenças de Médias entre Grupos para a Dimensão “ <i>Liderança</i> ” .....	114
Tabela 9 – Diferenças de Médias entre Grupos para a Dimensão “Comunicação Aberta” .....	115
Tabela 10 – Diferenças de Médias entre Grupos para a Dimensão “ <i>Trabalho de Equipa</i> ” .....	116

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Características de um Sistema de Comunicação de Eventos Adversos .....	41
Quadro 2 – Dimensão Cultura de Segurança.....	94
Quadro 3 – Dimensão Comunicação Aberta .....	96
Quadro 4 – Dimensão Trabalho em Equipe .....	96
Quadro 5 – Dimensão Liderança .....	97
Quadro 6 – Algumas Respostas do Questionário de Acordo com a Escala de Concordância.....	110
Quadro 7 – Relação entre a Profissão e a Questão “ <i>Já cometi erros que potencialmente poderiam provocar dano ao paciente</i> ”. .....	111
Quadro 8 – Relação entre a Profissão e a Questão “ <i>Acredito que os erros nos cuidados de saúde constituem um risco real e significativo para os pacientes que cuidamos....</i> ” .....	111
Quadro 9 – Eventos Adversos por GDH e Custos por Dias de Internamento Adicional .....	117

## Índice de Figuras

Figura 1 – Criação de Cuidados de Saúde Seguros .....	52
Figura 2 – Construir um Sistema Seguro de Cuidados de Saúde .....	52
Figura 3 – Índice de Maturidade da Cultura de Segurança .....	55
Figura 4 – Fluxos Financeiros no Sistema de Saúde .....	73
Figura 5 – Formas de Financiamento Hospitalar para o Ano de 2009 .....	74
Figura 6 – Processo de Controlo Estatístico de Casos Excepcionais .....	78

## Índice De Gráficos

Gráfico 1 – Tempo de Serviço em Anos .....	107
Gráfico 2 – Tempo de Serviço na Unidade Actual em Anos .....	107
Gráfico 3 – Existência de Sistema de Comunicação de Eventos Adversos .....	108
Gráfico 4 – Quantificação do Número de Eventos Comunicados pelos Inquiridos, no Ano de 2008 .....	108
Gráfico 5 – Classificação da Unidade em que Trabalha quanto à Segurança do Paciente .....	109
Gráfico 6 – Dias de Internamento Adicional pelos Eventos Adversos mais Significativos .....	117
Gráfico 7 – Destino dos Pacientes .....	118

## INTRODUÇÃO

A saúde é uma área, como outras, que exige por parte dos profissionais, um conhecimento técnico-científico em constante evolução, pela exigência das novas tecnologias e terapêuticas utilizadas, neste campo. No entanto, diferencia-se de outras áreas, uma vez que os efeitos das boas ou más práticas, são medidos através de resultados directos para os pacientes, ou seja, do sucesso ou insucesso dos procedimentos, com implicações sérias na qualidade de vida das pessoas.

Neste contexto, os procedimentos desenvolvidos comportam determinados riscos, que conscientemente devem fazer parte da discussão, por parte dos profissionais e pacientes, para a tomada de decisão terapêutica. Importa referir que quanto menor for o risco, mais seguro se torna o procedimento, trazendo maior benefício para os pacientes.

No entanto, constata-se que nem sempre isso acontece. Começa a ser cada vez mais reconhecido que a prestação de cuidados envolve uma série de eventos, decorrentes de múltiplas circunstâncias e variáveis, que têm influência sobre os resultados em saúde. Estes eventos, designados de adversos, uma vez que são não intencionais e não desejados, têm impactos significativos no sistema de saúde, quer para os pacientes, quer para os profissionais, quer ainda para as instituições.

Vários estudos (Leap; Brennan *et al*, 1991; Wilson *et al*, 1995; Vicent, Neale e Woloshynowych, 2001; OMS, 2002), revelam que a incidência dos eventos adversos varia entre 3,8% e 16%, dos quais 48% estão relacionados com a cirurgia.

As implicações destes eventos, são relevantes ao nível do aumento do tempo de internamento, das incapacidades temporárias ou permanentes ou ainda da morte de pacientes. Para além disso, têm associados, como será facilmente perceptível, custos económicos também significativos. A preocupação é ainda maior, quando se constata que cerca de metade destes eventos seriam evitáveis.

Face a estes pressupostos, a segurança dos pacientes em geral e dos pacientes cirúrgicos em particular, necessita ser reforçada nas unidades de saúde, como uma prioridade, de

modo a prevenir a ocorrência de eventos adversos, principalmente quando estes são evitáveis. Este desígnio é possível, se existir uma cultura forte, e se se desenvolverem esforços para a implementação de instrumentos e ferramentas de monitorização e avaliação das causas dos eventos.

Deste modo, julga-se importante estudar o fenómeno, a nível de uma Unidade Local de Saúde (ULS), em primeiro lugar porque a problemática não está suficientemente estudada a este nível, em segundo lugar porque antes de se saber qual o caminho a percorrer, deve-se saber em que posição se está, para atingir níveis mais elevados relativamente à segurança dos pacientes.

Do ponto de vista académico, justifica-se a abordagem do tema, na medida em que em Portugal ainda não existem estudos significativos, que permitam um conhecimento substancial sobre o problema e a sua dimensão. Ao mesmo tempo que, as publicações nacionais em termos de revisão bibliográfica, não são em número tão significativo como em outros países.

Do ponto de vista prático, a justificação prende-se com o facto, de que é importante estabelecer uma base de comparação com outras realidades, bem como contribuir para a melhoria do conhecimento acerca desta temática, possibilitando aos profissionais uma prática baseada na evidência, contribuindo desta forma para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Tendo em conta a problemática da segurança do paciente cirúrgico, onde os eventos adversos são factor significativo, surgem uma série de questões, que terão implicações no modo como se irá desenvolver a investigação. Como tal consideram-se as seguintes questões chave para este estudo:

1. Existe uma cultura de segurança nos serviços cirúrgicos, que facilite a aprendizagem com os erros ou com os eventos adversos, para que outros pacientes e profissionais não sejam afectados com os mesmos acontecimentos?
2. Existe um sistema implementado de comunicação e tratamento de eventos adversos na ULS da Guarda?
3. Qual o impacto socioeconómico dos eventos adversos nos pacientes cirúrgicos no ano de 2008?



Em função destas questões, para as quais é necessário encontrar as respostas adequadas, foram definidos determinados objectivos, que se pretende atingir no final do estudo, para que todos os esforços desenvolvidos, na procura do saber, possam ser recompensados. Daqui decorre, que a investigação terá como objectivo geral *“Compreender o papel dos profissionais de saúde e o impacto socioeconómico associado à segurança do paciente cirúrgico”*, para o caso particular da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE. Para se atingir este objectivo, foram definidos os seguintes objectivos específicos:

- Conhecer a cultura de segurança existente, no ano de 2008, nos serviços cirúrgicos da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE;
- Conhecer a dimensão do impacto socioeconómico do problema, para o ano de 2008, relativamente a determinados eventos adversos relacionados com a cirurgia;
- Identificar a existência de um sistema de comunicação de eventos adversos;
- Identificar oportunidades de melhoria.

No sentido de alcançar os objectivos propostos, a presente investigação apresentará uma parte teórica na qual será realizada a revisão da literatura subjacente ao tema e uma segunda parte empírica, baseada na análise de dados obtidos através da aplicação de um questionário e da pesquisa na base de dados dos Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH) da instituição. O trabalho está dividido em 3 capítulos principais, complementados pela introdução, pelas conclusões, referências bibliográficas e anexos.

Assim, no Capítulo I, desenvolve-se a revisão da literatura relativamente ao papel dos profissionais de saúde na segurança do paciente, começando por se contextualizar o paciente cirúrgico e a sua envolvente, seguindo-se a segurança do paciente, seus conceitos e dimensões, abordando-se também os aspectos socioeconómicos dos serviços da saúde, principalmente no que diz respeito aos modelos de gestão e de financiamento.

Com base no quadro de referência, apresenta-se no Capítulo II a metodologia de investigação, utilizada no desenvolvimento do estudo empírico. Para uma melhor compreensão, faz-se primeiramente uma caracterização da ULS da Guarda, EPE, para depois se contextualizar o problema, apresentando-se ainda as questões de investigação

e formulando-se as hipóteses a testar, tal como os métodos para tal efeito. Para melhor entendimento e análise da investigação, esta foi dividida em dois estudos, uma vez que a metodologia utilizada para avaliar a cultura de segurança existente nos serviços em estudo, é substancialmente diferente da metodologia utilizada para estudar os impactos socioeconómicos dos eventos adversos.

A análise de dados, onde se apresentam os principais resultados obtidos neste estudo, bem como a discussão de resultados, onde se estabelecem determinadas comparações, entre os resultados obtidos e outros estudos, constituem o Capítulo III.

Por fim, apresentam-se as principais conclusões da investigação realizada, com enfoque nas implicações do estudo, em algumas limitações identificadas e em sugestões para investigações futuras relacionadas com a problemática.

## **CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA**

A revisão da literatura, permite aos investigadores um processo de reflexão sobre o problema. Para se saber concretamente o que estudar, tem que se mensurar, delinear, ordenar e delimitar várias ideias. Para a fundamentação teórica de um estudo, esta baseia-se em teorias e conceitos previamente elaborados, delimitando o problema e sugerindo metodologias a utilizar, que permitem o suporte teórico de todo o trabalho.

Segundo Polit e Hungler (1995), a finalidade da fundamentação teórica, é delimitar o problema num contexto teórico, desenvolvendo-se em conformidade com os objectivos estabelecidos.

Assim, neste capítulo far-se-á uma análise de temas pertinentes para a execução deste trabalho, desenvolvendo o enquadramento teórico relativamente ao paciente cirúrgico, suas implicações nos cuidados de saúde, bem como o tipo de eventos que lhe podem estar associados, identificando algumas variáveis que interferem neste processo.

Os aspectos mencionados, bem como os conceitos que lhes estão associados, são importantes, na medida em que, possibilitam compreender o que é o paciente cirúrgico. Para além de que, de acordo com cada fase dos cuidados de saúde, prestados a estes pacientes, poderá perceber-se melhor a intervenção específica de cada profissional envolvido, nomeadamente cirurgiões, anestesistas e enfermeiros. Assim, cada um desempenha um papel fundamental na segurança dos pacientes.

Para uma melhor compreensão dos impactos socioeconómicos, importa compreender o que está associado aos custos do sistema de saúde. A preocupação crescente com os mesmos e as soluções para o seu financiamento, também tem uma componente importante, relacionada com o efeito dos eventos não desejáveis, decorrentes da prestação de cuidados.

Deste modo, apresenta-se um quadro de referência que permita compreender quais os aspectos relacionados com a segurança do paciente cirúrgico e o papel que os profissionais desempenham para a tornar mais efectiva, no sentido de se poder minimizar os seus impactos socioeconómicos,

## 1 – O Paciente Cirúrgico e o Papel dos Profissionais de Saúde

A cirurgia tem sido uma componente essencial ao nível da saúde pública, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), há mais de um século, com implicações na longevidade das pessoas (OMS, 2008). Esta tem evoluído significativamente ao longo dos últimos anos, quer à custa dos recursos humanos da saúde, quer devido ao avanço da tecnologia que lhe está associada. Weisar *et al* (2008) estimaram que no ano de 2004 se terão realizado cerca de 234,2 milhões de cirurgias<sup>1</sup>, quase o dobro dos nascimentos, representando assim, um volume com significativas implicações para a saúde pública (OMS, 2008).

Perante estes números podemos perceber a importância que os procedimentos cirúrgicos têm no contexto dos cuidados de saúde, ou seja, que condicionantes estão envolvidas quando um paciente é proposto para a realização de uma cirurgia.

Segundo Garnier e Delamare (1984: 221), cirurgia é “parte da terapêutica que consiste em praticar certas operações com a mão ou com o auxílio de instrumentos”.

Para a OMS (2008a:10), cirurgia é “qualquer procedimento que ocorre na sala de operações envolvendo incisão, excisão, manipulação ou sutura de tecidos, requerendo habitualmente anestesia geral ou regional, ou profunda sedação para controlo da dor”.

Podemos então entender que paciente cirúrgico é aquele para o qual existe uma suspeita de diagnóstico cirúrgico, ou seja, que para a solução do seu problema de saúde será necessária a realização de uma cirurgia.

Quando existe uma suspeita de diagnóstico cirúrgico, os pacientes são encaminhados para o cirurgião, que após confirmação de dados resultantes de uma investigação dos achados físicos, da história clínica e de exames complementares de diagnóstico, pode então recomendar a necessidade de intervenção cirúrgica (Towsend *et al*, 2005).

---

<sup>1</sup> Dados de 56 dos 192 países que integram a OMS, estimando-se os resultados através de dados demográficos relativamente aos países para os quais não existiam dados disponíveis.

Tendo em vista o diagnóstico e a respectiva cirurgia prevista é necessário proceder-se a uma avaliação cuidadosa do estado geral do paciente, com particular atenção sobre doenças primárias de certos órgãos e sistemas, nomeadamente coração, pulmões e rins (Pereira e Henriques, 2006).

Este estudo inicial do paciente, reveste-se de grande importância para o resultado final da cirurgia. Segundo o *American College of Surgeons*, dos principais problemas apontados relacionados com essa avaliação do paciente, e que está na base de processos médico-legais nos Estados Unidos, são o atraso no diagnóstico, falha no diagnóstico, atraso no tratamento ou falha no tratamento (Griffen *et al*, 2007).

O processo decisório necessário para avaliar as indicações de um procedimento cirúrgico ou a sua urgência, é assim um dos aspectos mais importantes da prática da cirurgia, devendo-se relacionar essa decisão entre o benefício terapêutico a ser obtido em contraponto com o risco operatório (Sabiston, 1991).

Percebe-se assim, que se deve obter o benefício máximo para o paciente quando se toma a decisão de recorrer a uma terapia cirúrgica. Para Sabiston (1991), isso acontece quando a operação apropriada para a correcção da situação patológica existente é efectuada correctamente.

Após a tomada de decisão é então necessário ter em conta uma série de considerações acerca da avaliação que é necessária realizar para se perceber qual o risco operatório para o paciente.

O risco operatório é definido como a probabilidade de um resultado adverso ou a morte, associada com a cirurgia ou com a anestesia. Na tomada de decisão está implícito a aceitação do risco, bem como a possibilidade do benefício de que essa intervenção possa resultar na cura da doença, na restauração da função ou no alívio da dor (Goldman *et al*, 1994).

O grau de risco inerente a cada cirurgia é indicativo do tipo de cirurgia que está em causa. Para Monahan *et al* (2010), em função desse risco pode-se classificar o procedimento cirúrgico em pequena ou grande cirurgia.

Segundo os autores a pequena cirurgia é uma cirurgia simples com pouco risco para a vida, realizada essencialmente com anestesia local, sendo por vezes necessário recorrer a anestesia geral. A grande cirurgia é mais extensa que a anterior, podendo colocar em risco a vida do paciente, sendo realizada com recurso a anestesia geral ou regional.

O *National Health Service* (NHS) do Reino Unido, apresenta uma classificação quanto ao grau da severidade da cirurgia (NHS, 2003), dividindo-as em quatro graus da seguinte forma:

- Grau 1 (menor), como exemplo a excisão de uma lesão na pele;
- Grau 2 (intermédio), como exemplo a reparação primária de hérnia ou a artroscopia do joelho;
- Grau 3 (maior), como exemplo a histerectomia ou a tireoidectomia;
- Grau 4 (maior +), como exemplo a prótese total do joelho, a neurocirurgia ou a cirurgia cardíaca.

Como facilmente se depreende quanto maior for o grau de severidade maior será o risco para o paciente, a exemplo da cirurgia cardíaca que está classificada como Grau 4.

Outra das classificações, que permite identificar o estado físico pré-operatório do paciente, é o sistema de Classificação do Estado Físico (Morgan e Mikhail, 1992). Esta classificação foi desenvolvida pela American Society of Anesthesiologists (ASA)<sup>2</sup>, sendo amplamente utilizada por muitos médicos na perspectiva de se estimar o risco perioperatório (Rothrock, 2008).

O objectivo desta classificação é uniformizar critérios relativamente a categorias do estado físico na avaliação realizada no pré-operatório, uma vez que a classificação assenta em patologias pré-existent (Barash *et al*, 1993).

Sendo uma avaliação pré-operatória do estado do paciente, não permite estimar o risco anestésico. No entanto permite determinar a correlação com determinados resultados no

---

<sup>2</sup> Daí chamar-se Classificação do Estado Físico ASA.

pós-operatório. Um paciente com um mau estado físico de saúde tem maior risco, de resultados negativos no pós-operatório (Nagelhout e Zaglaniczny, 2005).

Nagelhout e Zaglaniczny (2005), chamam a atenção para o facto de que esta correlação não tem em conta outros factores que possam influenciar a morbilidade e a mortalidade pós-operatória como a duração do procedimento, o erro humano ou ainda as falhas do equipamento.

Segundo Manica *et al* (2004), a avaliação do estado físico deve então ser registada no processo do paciente, de acordo com a classe atribuída pelo anestesista, que deverá estar de acordo com o preconizado, conforme podemos observar na Tabela 1.

Alguns autores referem ainda que para além destas cinco classes, se utiliza a Classe VI para pacientes em morte cerebral que são submetidos a procedimentos de colheita de órgãos (Manica *et al*, 2004; Nagelhout e Zaglaniczny, 2005).

**Tabela 1** - Classificação do Estado Físico, segundo a American Society of Anesthesiologists

Classe	Estado Físico
ASA I	Paciente saudável;
ASA II	Paciente com doença sistémica moderada sem limitações funcionais;
ASA III	Paciente com doença sistémica grave, com limitação funcional, mas não incapacitante;
ASA IV	Paciente com doença sistémica incapacitante, com risco de vida;
ASA V	Paciente moribundo, sem esperança de vida por mais de 24 horas, com ou sem cirurgia;
E	Em caso de ser numa emergência, o estado físico é seguido da letra “E” (ex: ASA II E).

Fonte: Adaptado de Morgan e Mikhail (1992:6)

A importância da determinação do risco prende-se com a possibilidade de se prever um determinado resultado, que ponha em causa a recuperação adequada do paciente devendo ser realizada uma completa preparação pré-operatória do paciente (Sabiston, 1991).

A este preceito a OMS (2003) refere que a análise do problema para a tomada de decisão tem que ter em conta os seguintes aspectos:

- História clínica;
- Exame físico;
- Diagnóstico diferencial;
- Investigação, se necessário, para confirmação de diagnóstico;
- Tratamento;
- Efeitos do tratamento;
- Reavaliação da situação, do diagnóstico e do tratamento.

Esta análise é relevante para o estudo adequado dos pacientes, pois estes apresentam frequentemente problemas médicos associados, que influenciam o resultado do período perioperatório (Goldman *et al*, 1994).

Segundo os mesmos autores, o termo perioperatório é utilizado na literatura no que se refere ao período imediatamente antes, durante e após o procedimento cirúrgico. Desta forma podemos concretizar que o período perioperatório é constituído pelo pré-operatório, o intra-operatório e o pós-operatório.

O mesmo se aplica à actividade da enfermagem, uma vez que Monahan *et al* (2010), também se referem ao pré, intra e pós-operatório quando indicam os períodos que englobam a enfermagem perioperatória.

Tendo em conta os períodos definidos importa, então, fazer a sua caracterização para que se perceba melhor o que lhes está inerente e também, o tipo de consequências para os pacientes.

### **1.1 – Período Pré-operatório**

Após a decisão de conduta operatória, importa então proceder à avaliação pré-operatória do paciente. Essa avaliação servirá para identificar factores que possam contribuir para a morbilidade do paciente durante esses períodos (Towsend *et al*, 2005).

Antes de se realizar a cirurgia, o paciente deve então estar na melhor forma possível ao nível físico e psíquico para que se possa diminuir a morbilidade e a mortalidade perioperatória (Manica *et al*, 2004).



Esse objectivo só é possível de concretizar com alguma segurança se a avaliação pré-operatória for realizada de acordo com critérios bem definidos. De facto é consensual entre vários autores a necessidade de realização de uma história clínica cuidadosa, da doença cirúrgica e de qualquer problema médico concomitante, bem como um exame físico directo.

Para aumentar determinado tipo de achados clínicos devem ainda ser realizados exames laboratoriais, verificando-se assim que a história e o exame físico são os melhores meios para detectar doenças significativas antes da cirurgia (Longnecker e Murphy, 1992), sendo considerados como a chave para a tomada de decisão pela (OMS 2003).

A avaliação física deve ser orientada para a verificação de disfunções no sistema de órgãos (Towsend *et al*, 2005), revendo ordenadamente o sistema cardiovascular, sistema pulmonar, sistema renal, sistema gastrintestinal, sistema musculoesquelético, sistema nervoso, sistema hematológico e o sistema endócrino (Manica *et al*, 2004).

Em relação à avaliação dos sistemas, apesar de todos terem a sua importância, deve-se realçar o sistema cardiovascular, uma vez que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, nos países industrializados.

A sua prevalência aumenta com a idade, estimando-se que o número de pessoas com mais de 65 anos nos Estados Unidos aumente entre 25% a 35% nos próximos 30 anos, coincidindo com este grupo etário o maior número de intervenções cirúrgicas (Fleisher *et al*, 2007).

Fleisher *et al* (2007), referem ainda que é perfeitamente concebível que o número de cirurgias não-cardíacas realizadas em pessoas idosas possa aumentar de 6 milhões para 12 milhões por ano, em que um quarto das mesmas está associado a complicações cardiovasculares perioperatórias, com morbilidade e mortalidade significativas.

Percebe-se assim que muitas das determinações do risco pré-operatório do paciente cirúrgico estejam centralizadas no sistema cardiovascular. Como tal a American Heart Association (Fleisher *et al*, 2007), definiu cinco factores clínicos de risco:

- História de doença cardíaca isquémica;
- História de insuficiência cardíaca;

- História de doença cerebrovascular;
- Diabetes mellitus;
- Insuficiência renal.

O risco aumenta em função do número de factores que estejam presentes na avaliação do paciente.

Quanto aos exames complementares de diagnóstico, estes devem ser realizados de forma criteriosa, de acordo com qualquer anomalia detectada na história ou exame físico, pois a realização de uma bateria de exames por rotina, não se justifica do ponto de vista médico, sendo ainda bastante dispendioso (Barash *et al*, 1993).

Para os mesmos autores, apesar de não existir grande consenso acerca dos exames pré-operatórios a realizar, é prática comum em pacientes com idade superior a 50 anos a obtenção de Electrocardiograma (ECG), RX Tórax e um painel de química sanguínea.

A *American Heart Association* (Fleisher *et al*, 2007), refere que o ECG deve ser realizado de acordo com a existência de doença coronária prévia, se pacientes assintomáticos e sem história de doença coronária, deve realizar-se apenas a partir dos 50 anos.

Numa tentativa de gerar consenso para a abordagem dos exames pré-operatórios o NHS (2003), elaborou um documento com indicações de que exames a realizar de acordo com o grau de severidade da cirurgia, a classificação ASA e a idade do paciente, bem como com co-morbilidades mais comuns associadas, como a doença cardíaca, a doença respiratória ou a doença renal.

Para a realização dos exames o painel de especialistas do NHS, definiu três níveis de recomendação, uma sendo inapropriada a sua realização, outra sendo apropriada a sua realização e a terceira a considerar em função das características específicas de cada paciente.

A título de exemplo, podemos referir que a realização do RX Tórax, para um paciente ASA I, se deve considerar a partir da idade dos 60 anos apenas para cirurgias Grau 3. Se o paciente for ASA II com doença cardiovascular ou doença respiratória, deve considerar-se a sua realização independentemente da sua idade a partir dos 16 anos.

No que diz respeito ao ECG, é de considerar a sua realização para pacientes ASA I a partir dos 40 anos, sendo apropriado a sua realização a partir dos 80 anos para qualquer grau de cirurgia e a partir dos 60 anos para cirurgias Grau 3 ou Grau 4. Para pacientes ASA II ou ASA III com doença cardiovascular é apropriado a sua realização para qualquer idade a partir dos 16 anos.

Para além destes aspectos referenciados na avaliação pré-operatória do paciente, Townsend *et al* (2005) fazem ainda referência a uma revisão cuidadosa dos medicamentos usados no domicílio, para que se possa usar adequadamente os medicamentos necessários ao controlo da doença, ao mesmo tempo que se minimizam os riscos devido à interacção medicamentosa com anestésicos, ou efeitos hemorrágicos de alguns medicamentos.

Por um lado, são conhecidos os efeitos negativos da descontinuidade da toma de medicamentos, nomeadamente dos anti-hipertensivos, devido ao aumento da morbilidade cardiovascular com o descontrolo da tensão arterial, quando os pacientes pelo facto de se ausentarem do domicílio deixarem de tomar a medicação habitual.

Por outro lado, podem acontecer efeitos negativos pela não descontinuidade de medicamentos no domicílio. A exemplo dos medicamentos que afectam a função das plaquetas, que devem ser suspensos por um período prévio à cirurgia, aumentando o risco de hemorragia caso a suspensão não aconteça (Townsend *et al*, 2005).

Face ao exposto, é necessário prestar atenção a vários aspectos na avaliação do paciente cirúrgico, que podem afectar o resultado do acto cirúrgico minimizando ou potenciando riscos inerentes ao procedimento estabelecido.

A história do paciente e um exame físico detalhado são assim os factores mais importantes dessa avaliação, devendo os exames complementares de diagnóstico, ser realizados para complemento da informação obtida previamente, para a preparação adequada do procedimento cirúrgico (Goldman *et al*, 1994).

De modo a evitar preocupações com problemas no momento crítico da operação, é obrigatória a preparação pré-operatória do paciente, para que a equipa cirúrgica possa

dedicar concentração máxima aos eventos que ocorrem na sala de operações (Sabiston, 1991), ou seja, dispensar a atenção necessária e adequada no período intra-operatório.

## **1.2 – Período Intra-Operatório**

Segundo Monahan *et al* (2010), o período intra-operatório começa com a transferência do paciente para a sala de operações e continua até o paciente ser admitido na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos.

A sala de operações assume assim particular relevo em toda o processo que envolve o paciente cirúrgico. Está inserida numa estrutura, que deve respeitar determinados princípios e normas, que é o Bloco Operatório, convenientemente preparado segundo um conjunto de requisitos, que o tornam apto à prática cirúrgica (Parra e Saad, 1987).

Para Fuller (2000), o bloco operatório é um conjunto de dependências ligadas entre si por um circuito interno, constituindo uma unidade específica, destinada a proporcionar segurança e conforto ao doente e equipa cirúrgica. É uma unidade facilitadora do trabalho do cirurgião e restantes membros da equipa cirúrgica.

O mesmo autor reforça ainda que essa segurança, num ambiente cirúrgico onde os recursos estão representados por equipamentos e materiais, deve estar associada à eficiência. A equipa cirúrgica e pessoal auxiliar, deve então utilizar os recursos, tendo em vista o benefício do doente que vai ser operado.

O bloco operatório tem, assim, determinadas exigências que o diferencia de outras áreas, sendo de entre todos os serviços que tem a função de prestar cuidados de saúde, aquele que mais exige do pessoal que aí labora (Pinheiro, 1993). Reconhece-se desta forma a grande responsabilidade e abrangência, que em conjunto, cirurgiões, anestesiólogos, enfermeiros, e restantes profissionais, têm nos seus actos.

Para Townsend *et al* (2005), é importante que o cirurgião esteja familiarizado com a anatomia, a sequência do procedimento e as possíveis complicações com ele relacionadas, compreendendo procedimentos alternativos se as circunstâncias o exigirem.

Ao anestesista coloca-se o desafio de equilibrar risco e benefício de modo preciso, durante a prática anestésica, de modo a identificar riscos e complicações e definir acções para diminuir a sua incidência, aumentando desta forma a segurança do acto anestésico (Manica *et al*, 2004).

Fuller (2000), compara o cirurgião ao “capitão de um navio” na sala operatória e o anesthesiologista ao “responsável” do estado fisiológico do doente.

No que diz respeito aos enfermeiros, segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP), a sua missão passa por garantir e disponibilizar cuidados de enfermagem de qualidade ao paciente cirúrgico e ao ambiente que o envolve, utilizando durante a fase intra-operatória os conhecimentos e competências adquiridas relacionadas com a intervenção cirúrgica (AESOP, 2006).

Podemos perceber então que os principais actores que intervêm no “teatro” de operações são os cirurgiões, os anestesistas e os enfermeiros, que coordenam outro pessoal auxiliar, os dispositivos médicos e os equipamentos, de acordo com as especificidades dos procedimentos (Towsend *et al*, 2005).

Para além dos aspectos, relacionados com cada um dos grupos que interagem no bloco operatório, é importante compreender que a forma como essa interacção se concretiza, pode ter influência no resultado final para o paciente.

Como tal, a base do processo de trabalho num bloco operatório, é a equipa cirúrgica, daí a grande importância das relações interpessoais, nada sendo mais importante no relacionamento das pessoas, que a comunicação (Pinto, 1990).

O autor adianta que, no bloco operatório, é imperativo o estabelecimento de empatia entre os membros da equipa, pois só assim se conseguirá cuidar condignamente dos doentes e garantir a melhor qualidade de cuidados.

Também Towsend *et al* (2005), referem que a comunicação toda a equipa da sala de operações é de vital importância, pois isso ajuda a economizar tempo, a evitar confusões e frustrações, a atender às necessidades do paciente e às solicitações do pessoal, permitindo que os procedimentos planeados progridam de forma segura e eficiente.

A coordenação de esforços entre a equipa cirúrgica é assim de extrema necessidade, para que possam ser prestados cuidados seguros e eficientes ao paciente no intra-operatório. Cada elemento deve, então, estar devidamente familiarizado com o procedimento específico, respeitando as políticas e procedimentos, adaptando-se rapidamente a alterações no estado do paciente e do procedimento cirúrgico (Monahan *et al*, 2010).

De facto, o paciente está sujeito, a alterações do seu estado ao longo da intervenção cirúrgica, quer do ponto de vista anestésico, quer do ponto de vista cirúrgico, das quais é necessário ter o conhecimento e experiência, devendo os profissionais estar devidamente preparados para as situações adversas e seu rápido tratamento.

Saliente-se que todo o acto cirúrgico é uma agressão ao organismo independentemente da intensidade, da extensão ou da gravidade da intervenção (Goffi *et al*, 1997). Para os mesmos autores, se essa agressão depende exclusivamente da acção das forças físicas sobre o organismo, ou seja do agente agressor sobre os tecidos, então temos os denominados componentes primários, que são agrupados em lesão de tecidos e lesão de órgãos específicos.

É particularmente importante a lesão que ocorre nos tecidos de revestimento, verificando-se uma quebra na barreira de protecção, ocorrendo a situação mais constante e actualmente mais temida que é a infecção. No entanto a lesão de tecidos de maior risco é a lesão vascular, com a ruptura de vasos que determina o aparecimento de hematoma e hemorragia interna ou externa (Goffi *et al*, 1997).

É por este facto, que é importante minimizar a perda sanguínea através da correcta hemostase, pois pode-se diminuir o tempo cirúrgico e o tempo de recuperação do paciente, através de uma dissecação mais precisa, sendo este um aspecto técnico cirúrgico importante (Towsend *et al*, 2005).

Igualmente importante é a lesão de órgãos, podendo originar-se insuficiência parcial ou total da função do órgão lesado, sendo incompatível com a vida, daí advindo a morte, caso a insuficiência leve à falência orgânica. Como exemplo podemos referir a insuficiência hepática, renal, cardíaca, respiratória ou renal (Goffi *et al*, 1997).

Do ponto de vista anestésico existem também uma série de situações que é desejável evitar no decorrer de uma intervenção cirúrgica. Morgan e Mikhail (1992), categorizam os acidentes anestésicos de dois tipos, evitáveis e não evitáveis. Os evitáveis estão relacionados com o erro humano, enquanto os não evitáveis estão directamente relacionados com a situação do paciente, como por exemplo síndrome de morte súbita.

As complicações anestésicas mais sérias estão relacionadas com eventos adversos a nível respiratório, que incluem ventilação inadequada, extubação prematura e entubação esofágica não detectada (Morgan e Mikhail, 1992).

Também Manica *et al* (2004), referem as complicações respiratórias como as principais causas de morbilidade e mortalidade relacionadas com a anestesia, situando em 75% dessas complicações a ventilação inadequada e a dificuldade ou falha na entubação traqueal, dando particular ênfase a situações de entubação difícil.

Desta forma o anestesista é responsável por manter permeável a via aérea e reconhecer prontamente qualquer tipo de sinal de obstrução da via aérea, como acontece em caso de queda da língua ou de laringoespasma (Barash *et al*, 1993).

Outros acidentes referidos por Morgan e Mikhail (1992), dizem respeito a troca de seringas com a correspondente administração não intencional do medicamento errado, a administração de uma dose inapropriada do medicamento correcto, acidentes relacionados com posicionamentos menos correctos podendo levar a lesão de tecidos ou nervos, ou ainda reacções alérgicas com medicamentos.

Para além destas, Manica *et al* (2004) referem-se a complicações cardiovasculares, renais, hepáticas, do sistema nervoso central, do sistema nervoso periférico e a complicações térmicas.

Nas complicações cardíacas destaca-se a isquémia do miocárdio como consequência do desequilíbrio entre a oferta de oxigénio ao coração e o seu consumo. As arritmias têm uma incidência alta, no entanto não causam, na sua maioria, grandes transtornos. A hipotensão arterial é a complicação mais comum, que pode estar associada à hipovolémia, decorrente do sangramento cirúrgico. Por fim a hipertensão arterial, em que a principal causa apontada é a anestesia superficial.

No que diz respeito às complicações renais, a mais importante com impacto na morbidade e mortalidade dos pacientes, é a insuficiência renal aguda, especialmente em cirurgias de grande porte. O anestesta deve estar particularmente atento, nas cirurgias do abdómen inferior, devido ao risco de lesão da bexiga ou ureteres, por parte do cirurgião, comprometendo assim a diurese.

Quanto às complicações hepáticas, estas podem acontecer na sequência da administração dos anestésicos. De entre os agentes utilizados, os inalatórios e em particular o halotano é o que determina maior hepatotoxicidade. Os novos anestésicos inalatórios, como o sevoflurano e o desflurano, parecem apresentar uma possibilidade muito pequena de produzir dano hepático, com taxas de metabolismo hepático de 3% e 0,02%.

As complicações do sistema nervoso central podem ser grosseiramente de dois tipos, as dependentes da anestesia e das características clínicas dos pacientes e aquelas que estão associadas a procedimentos cirúrgicos específicos. No primeiro caso encontram-se o atraso no despertar da anestesia, o *delirium* pós-operatório, as convulsões e os acidentes vasculares cerebrais. No segundo caso encontra-se, por exemplo, a cirurgia cardíaca.

Lesões dos nervos periféricos, provocadas por posicionamento inadequado sobre a mesa cirúrgica, ou pela agulha no caso dos bloqueios periféricos, são exemplos de complicações do sistema nervoso periférico. Complicações neurológicas relacionadas com a toxicidade do agente injectado, cefaleia pós-raquianestesia ou hematoma peridural em caso de anestesia loco-regional, são outros exemplos que se podem encontrar, apesar da sua baixa incidência.

Por fim, as complicações térmicas estão relacionadas com o ambiente cirúrgico, com as técnicas anestésicas e operatórias, que isoladamente ou combinadas podem provocar profundas alterações na temperatura do paciente. Podem ocorrer situações de hipotermia ou hipertermia, sendo a hipertermia maligna a situação mais grave e potencialmente mortal, no entanto apresenta uma baixa incidência de 1:60.000 anestésias no adulto (Manica *et al*, 2004).

Para além de todas estas complicações, os pacientes estão ainda sujeitos a acidentes eléctricos, como referem Longnecker e Murphy (1992), pois um largo número de



equipamentos eléctricos são utilizados durante a anestesia e a cirurgia, estando assim os pacientes sujeitos a queimaduras e choques eléctricos, caso não haja a sua correcta utilização.

Perante todo este tipo de situações enumeradas, é necessário desenvolver estratégias para reduzir a incidência de complicações anestésicas graves. Morgan e Mikhail (1992), apontam 4 pontos como fazendo parte dessas estratégias:

1. Melhoria da monitorização e técnica anestésica;
2. Melhoria na formação;
3. Desenvolvimento da prática baseada em protocolos e *standards*;
4. Programas activos de gestão do risco.

Os mesmos autores acrescentam que a vigilância do paciente, é uma interminável responsabilidade, pelo que os equipamentos são um complemento mas nunca substituem o senso de análise do anestesiológico.

Do exposto, facilmente se percebe que o período intra-operatório compreende um número alargado de situações, que podem resultar em dano para o paciente. No entanto, não encerram em si mesmo os riscos, a que o paciente cirúrgico está sujeito. Após este período é necessário compreender, o que está inerente à recuperação da cirurgia e da anestesia a que foi sujeito, ou seja, o período pós-operatório.

### **1.3 – Período Pós-Operatório**

No final da intervenção cirúrgica prepara-se o paciente para a sua retirada da sala de operações, para ser encaminhado para a Unidade de Cuidados Pós-anestésicos (UCPA), onde os cuidados vão ser direccionados a todos os sistemas orgânicos, uma vez que a etapa pós-anestesia imediata apresenta desafios de vários tipos.

Inicia-se assim o período pós-operatório, começando na transferência do paciente da sala de operações para a UCPA, terminando com a alta do paciente da unidade cirúrgica ou do hospital, onde a focalização dos cuidados é promover a recuperação o mais rapidamente possível (Monahan *et al*, 2010).

O recobro pós-anestésico envolve assim, um conjunto de actividades que são levadas a cabo para uma adequada gestão do paciente, após completar um procedimento cirúrgico ou não cirúrgico, desde que sujeito a uma anestesia, analgesia ou sedação (Nagelhout e Zaglaniczny, 2005).

A responsabilidade por essa gestão é do anesthesiologista. Deve promover a continuidade de cuidados, relativamente a qualquer complicação resultante da anestesia, bem como a resolução de problemas que surjam no recobro. É nas primeiras horas após a operação, que o paciente sofre os efeitos das perdas sanguíneas ou da hipotermia, tendo a capacidade de resposta fisiológica diminuída devido aos efeitos da anestesia (Longnecker e Murphy, 1992).

Assim, é necessária uma atenção especial devido à instabilidade das funções vitais, principalmente das funções respiratória e circulatória e da consciência. É determinante para o sucesso da recuperação, que estas se mantenham num nível adequado, minimizando-se o risco de complicações (Manica *et al*, 2004).

As complicações estão obviamente relacionadas com os sistemas orgânicos. Muitas delas são comuns com o período intra-operatório (como iremos constatar em seguida), devido aos efeitos dos agentes anestésicos e das agressões a que o paciente foi sujeito durante a cirurgia.

Para Morgan e Mikhail (1992), as complicações respiratórias são as mais frequentes na fase de recuperação da anestesia, sendo na sua esmagadora maioria relacionadas com obstrução da via aérea, hipoventilação ou hipoxemia, enquanto que as circulatórias mais comuns são a hipotensão e a hipertensão arterial.

Manica *et al* (2004), fazem uma abordagem mais abrangente do tipo de complicações nesta fase, salientando as complicações respiratórias, cardiovasculares, renais e térmicas, as alterações neurológicas e metabólicas, as náuseas e vômitos e a dor pós-operatória.

Nas complicações respiratórias, para além das já referidas, salientamos a queda da língua podendo obstruir a via aérea, o laringoespasma que pode estar associado à presença de secreções ou trauma directo, o broncoespasmo observado geralmente em

pacientes com história pregressa de asma, o edema agudo do pulmão (embora sendo um evento raro trata-se de um problema grave), a atelectasia e a aspiração de conteúdo gástrico.

Para além destas Nagelhout e Zaglaniczny (2005), referem ainda a embolia pulmonar, causando morbidade e mortalidade nos pacientes, sendo responsável pela morte de cerca de 50 000 a 60 000 pacientes anualmente nos Estados Unidos.

Quanto às complicações cardiovasculares, para além da hipotensão e da hipertensão, Manica *et al* (2004) fazem ainda referência à hipovolémia em resultado da perda sanguínea entre outras, as arritmias cardíacas como a bradicardia e a taquicardia, e a isquémia do miocárdio.

No que diz respeito às complicações renais, temos a oligúria<sup>3</sup> que se deve essencialmente a hipovolémia, hipotensão ou mesmo a diminuição do débito cardíaco, e a poliúria<sup>4</sup> que é um fenómeno comum no pós-operatório quando a administração de fluidos no intra-operatório é mais generosa.

De referir ainda a situação de retenção urinária, que pode ser potenciada pelo efeito dos anestésicos regionais e dos opióides, pelo que se deve monitorizar a capacidade do paciente eliminar a urina (Naghout e Zaglaniczny, 2005).

A demora na recuperação da consciência é uma das alterações neurológicas identificada, que pode ter como causa a prolongada acção das drogas anestésicas, causas metabólicas ou problemas neurológicos. Outra das situações é o bloqueio neuromuscular intenso, em que em situações de reversão incompleta do bloqueio pode levar a obstrução da via aérea e a hipoventilação.

Do ponto de vista metabólico, deve ter-se especial atenção à hipoglicémia e à hiperglicémia, podendo ocorrer em ambas situações disfunção cerebral. Barash *et al*

---

<sup>3</sup> Oligúria significa uma diminuição do débito urinário, ou seja, um débito urinário menor que 0,5 ml/kg/h (Manica *et al*, 2004; Nagelhout e Zaglaniczny, 2005).

<sup>4</sup> Poliúria significa um débito urinário de níveis entre 4 a 5 ml/kg/h (Manica *et al*, 2004; Nagelhout e Zaglaniczny, 2005).

(1993) fazem ainda referência à acidose respiratória ou metabólica, e à alcalose respiratória ou metabólica.

A nível hepático, verificam-se referências ao facto de que o fígado possa ter a sua função alterada em consequência dos anestésicos inalatórios, como se referiu no intra-operatório, tendo também influência na recuperação tardia da consciência.

A exemplo do que foi referido no intra-operatório para as complicações térmicas, também no pós-operatório pode ocorrer hipotermia e hipertermia, com particular preocupação para a hipertermia maligna.

As náuseas e vômitos são duas complicações frequentes e difíceis de evitar, com uma incidência de cerca de 30%. As causas das náuseas e vômitos neste período são multifactoriais, estando relacionados com uma predisposição individual, com factores psicossomáticos, com o sexo feminino, com a obesidade, com a dor pós-operatória, com os fármacos utilizados na anestesia, com o tipo e local da cirurgia<sup>5</sup> e a distensão gástrica.

A dor pós-operatória é outro fenómeno que se não for bem controlado pode ter consequências a vários níveis, como disfunções pulmonares, cardiovasculares, gastrointestinais e/ou renais.

Para além destas complicações enunciadas por Manica *et al* (2004), podemos ainda falar do *shivering*, sendo uma situação caracterizada por tremores resultantes da hipotermia intra-operatória ou dos efeitos dos agentes anestésicos, levando a um aumento no consumo de oxigénio por parte do organismo (Morgan e Mikhail, 1992).

Todos estes aspectos, requerem a vigilância do paciente do ponto de vista anestésico, como foi dito anteriormente, da responsabilidade do anestesiológista. No entanto, a responsabilidade do cirurgião não termina no final da cirurgia, pois estende-se até ao momento da alta do paciente da unidade de internamento.

---

<sup>5</sup> A incidência é maior na cirurgia do ouvido, no estrabismo e amigdalectomia (Manica *et al*, 2004).

Após a alta do paciente da UCPA, este é transferido para a unidade de internamento, ou para a unidade de cuidados intensivos, onde o cirurgião deve obrigatoriamente desenvolver uma vigilância pós-operatória apertada no sentido de evitar ou corrigir complicações que possam surgir (Towsend *et al*, 2005).

Para Towsend *et al* (2005), as complicações podem ser detectadas precocemente e tratadas de forma mais eficiente se for realizada uma avaliação completa, cuidadosa e regular dos pacientes no pós-operatório.

Stracieri (2008), refere que as complicações quanto ao factor tempo podem ser divididas em imediatas, se surgem nas primeiras 24 horas, mediatas, se surgem até ao sétimo dia ou tardias, se surgem após a retirada dos pontos e da alta definitiva do hospital.

Ainda segundo Stracieri (2008), podem ser denominadas como complicações gerais, especiais e específicas. As gerais, podem acontecer a todos os operados, como por exemplo a hemorragia. As especiais, só afectam um grupo de pessoas com uma afecção clínica pré-existente. As específicas que são inerentes ao órgão operado, como por exemplo as complicações de uma histerectomia, que não são as mesmas de uma mastectomia.

Para Sabiston (1991), é essencial acompanhar o paciente e prestar atenção a determinados sinais que possam ser indicadores de complicações, como por exemplo a febre, a taquicardia, a dispneia, a hipotensão entre outras, sendo importante que o cirurgião as compreenda e esteja familiarizado com as complicações mais comuns.

De facto, as complicações podem surgir mesmo em procedimentos bem sucedidos. No caso de maior severidade, podem causar incapacidade séria ou a morte (Sabiston, 1991). Todas as operações são perigosas, nenhuma delas é isenta de complicações, apesar da perícia técnica ou da evolução da doença (Stracieri, 2008).

Ao nível dos sistemas orgânicos, aqueles que são passíveis de descompensação no pós-operatório são o respiratório, o cardiovascular, o urinário, o digestivo e o hepatobiliar (Stracieri, 2008). Algumas complicações relacionadas com os sistemas orgânicos já foram abordadas anteriormente aquando da vigilância pós-anestésica.

Towsend *et al* (2005) apresentam um número significativo, de complicações que podem surgir no pós-operatório. No entanto, apenas se farão algumas considerações especiais e referência às complicações com a ferida cirúrgica, às gastrintestinais, às hepatobiliares, do ouvido, nariz e garganta, uma vez que as restantes já foram referenciadas, pois são comuns ao período pós-anestésico.

Assim, as complicações com a ferida cirúrgica resultam do acumular de gordura, soro e líquido linfático sob a incisão no caso do seroma e na colecção anormal de sangue na camada subcutânea no caso do hematoma. A deiscência da ferida é das situações mais temidas, pois pode levar a evisceração. Está relacionada com erros técnicos e ocorre em cerca de 2% dos pacientes submetidos a operações abdominais (Towsend *et al*, 2005).

Ainda relativamente à ferida cirúrgica, a complicação mais frequente é a infecção, apesar dos avanços verificados na saúde, sendo responsável por quase 40% das infecções hospitalares entre pacientes cirúrgicos (Towsend *et al*, 2005). Torna-se, deste modo um dos eventos adversos mais frequentes em cirurgia.

Nas complicações gastrintestinais devemos salientar o *íleo*<sup>6</sup>, a obstrução mecânica do intestino delgado, a síndrome compartimental abdominal, as complicações com as ostomias, a deiscência de uma anastomose e as fístulas. Em qualquer dos casos pode ser necessário recorrer a nova cirurgia, com excepção do *íleo*.

Quanto às complicações hepatobiliares, são de salientar as lesões das vias biliares que tiveram um aumento de incidência com o advento da colecistectomia laparoscópica. Após este advento a sua incidência foi diminuindo, situando-se nos dias de hoje nos 0,5% (Towsend *et al*, 2005).

No que se refere às complicações do ouvido, nariz e garganta, os autores abordam a ocorrência de epistaxe relacionada principalmente no pós-operatório com a colocação da sonda nasogástrica, a perda auditiva aguda em que a natureza neural associada a

---

<sup>6</sup> Definido como falta de actividade peristáltica ou como contracção desorganizada do intestino que resulta na incapacidade de o intestino funcionar normalmente (Sabiston, 1991).

agentes farmacológicos é uma das causas, sendo referida ainda a sinusite e a parotidite como outras das situações que podem ocorrer neste domínio.

Por fim quanto às complicações relacionadas com algumas considerações especiais, a idade extrema apresenta-se como um factor que pode influenciar a resposta pós-operatória. A idade extrema tanto se refere a pacientes muito idosos como a pacientes muito novos, pois a presença de anomalias congénitas no lactente ou de co-morbilidades no idoso, pode influenciar o processo de recuperação pós-operatória.

Perante as complicações apresentadas, algumas são inevitáveis como consequência da variação da patologia ou da hemostase, outras, no entanto, apresentam-se como resultado de erro médico. Os procedimentos cirúrgicos são, assim, os que apresentam maiores oportunidades para o desenvolvimento de complicações iatrogénicas (Clarke, 2006).

Como se pode depreender, pela panóplia de complicações que estão inerentes ao paciente cirúrgico, os actores que intervêm na abordagem deste tipo de pacientes, têm uma responsabilidade acrescida para o sucesso do tratamento. É importante que tenham um conhecimento desenvolvido sobre as situações a evitar, reduzindo desta forma os seus efeitos indesejáveis.

De facto, cirurgiões e anestesistas têm um papel de grande relevo, até em função do tipo de complicações pelas quais cada um deles pode ser responsável (logo responsabilizado), no esforço que é necessário, para diminuir qualquer tipo de erro, no tratamento de pacientes cirúrgicos.

No entanto, como já foi referido anteriormente, o paciente cirúrgico envolve o esforço de uma equipa, não sendo cirurgiões e anestesistas actores isolados, estando englobados outros profissionais, podendo a sua actuação também influenciar o desfecho dos procedimentos cirúrgicos. Pela sua intervenção parece-nos importante abordar alguns aspectos do papel da enfermagem, no que ao paciente cirúrgico e sua envolvência diz respeito.

## 1.4 - O Papel da Enfermagem Perioperatória

A enfermagem perioperatória desempenha vários papéis, que incluem todos os elementos dos comportamentos e dos procedimentos técnicos, que caracterizam a enfermagem. Exige-se uma larga base de conhecimentos de anatomia cirúrgica, das alterações fisiológicas e suas consequências para o paciente, factores de risco intra-operatórios, potenciais de lesão, meios de prevenção e suas implicações sociais (Rothrock, 2008).

Segundo Rothrock (2008), provavelmente nenhuma outra área de enfermagem exige essa larga base de conhecimentos. A experiência, a diversidade de pensamento e acção, as resistências física e mental e a flexibilidade necessária à realização das actividades de enfermagem, são capacidades essenciais, para prever as necessidades do paciente e da equipa cirúrgica e iniciar com rapidez intervenções seguras e apropriadas.

Estes aspectos são também reforçados pela *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN). Os autores referem que a enfermagem perioperatória aborda as respostas fisiológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais dos pacientes cirúrgicos. Para tal, usa um conhecimento substancial, o discernimento e a perícia baseada nos princípios biológicos, fisiológicos, comportamentais, sociais e da ciência de enfermagem (AORN, 2007).

A exigência é de facto elevada, quer do ponto de vista técnico-científico quer do ponto de vista comportamental. Para que estes profissionais possam responder de forma mais adequada às necessidades dos pacientes. É então, necessária uma actualização teórica e prática contínua em função do permanente avanço tecnológico e científico da anestesia e da cirurgia, bem como em função das especificidades do paciente cirúrgico (AESOP, 2006).

Deste modo, a visão actual da enfermagem perioperatória significa a aplicação de cuidados ao paciente nos períodos pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório, assegurando que esses cuidados sejam prestados de forma profissional com base na evidência científica (Rothrock, 2008).



Também Smeltzer e Bare (2003), nos falam nas três fases pelas quais passa a experiência relativamente ao perioperatório, assentando a acção da enfermagem no processo de enfermagem e em normas de actuação e boas práticas.

Para Smeltzer e Bare (2003), o pré-operatório começa quando se toma a decisão de realizar a intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente para a mesa de operações. Neste período leva-se a cabo uma avaliação inicial que contempla, a exemplo do que acontece com o cirurgião e o anestesiológico, os sistemas e outros dados sobre o paciente.

Os dados recolhidos na fase pré-operatória serão de grande utilidade, uma vez que servirão de base para comparação durante as fases intra-operatória e pós-operatória, bem como para a identificação de problemas potenciais que podem exigir intervenções de enfermagem preventivas antes da cirurgia (Phipps, Long e Woods, 1990).

Smeltzer e Bare (2003), na descrição das actividades de enfermagem no pré-operatório salientam o papel pedagógico da enfermagem no ensino preparatório sobre a cirurgia, o período de recobro anestésico e os cuidados pós-operatórios. Numa fase mais próxima da cirurgia, referem-se ainda à compreensão sobre as especificações do cirurgião para a preparação do paciente, como por exemplo a preparação do intestino na cirurgia abdominal, a preparação da pele no local da incisão, a verificação do local e sítio da incisão, o apoio emocional entre outras.

Na fase intra-operatória Smeltzer e Bare (2003), reforçam o papel da enfermagem no controle ambiental. Principalmente na manutenção da assepsia, na gestão de recursos humanos, equipamentos e recursos materiais de acordo com as necessidades específicas de cada intervenção cirúrgica. Contribui também para o adequado posicionamento do paciente evitando lesões e proporcionando conforto, para a monitorização de sinais vitais e das funções fisiológicas, assegurando ainda que a contagem de compressas, agulhas e instrumentos seja correcta.

As funções de enfermagem no intra-operatório estão descritas pela AESOP (2006). São elas a de enfermeiro de anestesia, de enfermeiro circulante, de enfermeiro instrumentista, incluindo ainda o enfermeiro da UCPA, salientando que estas funções apesar de distintas são complementares.

Para se perceber melhor o papel que a enfermagem desempenha em cada uma das funções, apresentam-se alguns aspectos que a AESOP preconiza, como orientações para os cuidados a prestar ao paciente cirúrgico.

O enfermeiro de anestesia colabora com o anestesista na administração da anestesia, devendo manter uma observação e vigilância intensivas do paciente. Cabe-lhe ainda a verificação dos equipamentos e dos agentes farmacológicos de anestesia, prevenindo e minimizando riscos potenciais de acidentes, incluindo os decorrentes do posicionamento do paciente.

A função de enfermeiro circulante deve ser desempenhada por um enfermeiro “sénior”. Este é um enfermeiro experiente, capaz de responder adequadamente em qualquer circunstância urgente/emergente no bloco operatório. É ainda responsável pela coordenação das actividades dentro da sala de operações, para que o procedimento decorra dentro de todas as condições de segurança para pacientes e equipa.

Deve preparar e verificar a funcionalidade dos equipamentos necessários à cirurgia, principalmente os de electrocirurgia, evitando lesões eléctricas para o paciente. Deve também, manter e garantir o campo estéril, promover a gestão dos riscos na sala de operações e manter a disciplina na sala. Deve ainda colaborar com o enfermeiro instrumentista na contagem de compressas, de dispositivos médicos e material corto-perfurante antes e após a intervenção, para prevenir a retenção de objectos dentro do paciente operado.

O enfermeiro instrumentista, desenvolve a sua actividade inserido na equipa cirúrgica. Tem como função cumprir e fazer cumprir protocolos nomeadamente no que diz respeito à técnica asséptica e contagem de itens quantificáveis (por exemplo compressas e corto-perfurantes). Deve também preparar os dispositivos médicos a utilizar durante a cirurgia e responsabilizar-se pela manutenção dos equipamentos e dispositivos médicos promovendo a sua durabilidade.

O enfermeiro instrumentista colabora ainda com a equipa cirúrgica, na desinfecção do campo operatório, na colocação de campos cirúrgicos e na disponibilização atempada dos dispositivos e instrumentos necessários a cada momento da cirurgia. No final da cirurgia colabora no encerramento da ferida operatória e respectivo penso.

Na fase pós-operatória, Smeltzer e Bare (2003) salientam a importância da enfermagem na transferência do paciente para a UCPA, transmitindo toda a informação importante sobre o que aconteceu no intra-operatório, descrevendo limitações fisiológicas, eventos inesperados, presença de drenos, medicação administrada durante a cirurgia ou outra informação relevante.

Já na área de recobro, a enfermagem deve assegurar a monitorização do estado fisiológico do paciente, determinar a resposta à intervenção cirúrgica incluindo a resposta dolorosa, manter a segurança do paciente relativamente à via aérea, à circulação e à prevenção de qualquer dano, bem como o despiste de qualquer complicação.

Após a transferência da UCPA para a unidade cirúrgica, é valorizado manter uma monitorização contínua das respostas fisiológicas e psicológicas à intervenção cirúrgica (pois o potencial de desenvolvimento de complicações ainda subsiste). É essencial monitorizar e controlar a dor, realizar ensino sobre o pós-operatório e preparar o paciente para a alta para o domicílio, realçando os aspectos determinantes para a sua reabilitação.

Esses aspectos, visam preparar o paciente para o regresso ao seu ambiente familiar, fornecendo-se informação sobre as limitações à actividade, a dieta, medicação a tomar no domicílio, cuidados a ter com a ferida operatória, sinais e sintomas de complicações, o regresso ao trabalho, entre outras (Monahan *et al*, 2010).

Como se compreende, a enfermagem tem também um papel activo na abordagem do paciente cirúrgico, podendo contribuir para uma melhor recuperação e adaptação a todas as fases da experiência cirúrgica. Para que isso aconteça é importante que exista uma boa coordenação e complementaridade com cirurgiões e anestesistas.

Cada um dos profissionais de enfermagem tem, assim, um papel importante na interacção com o paciente cirúrgico, atendendo a toda a sua envolvência física, emocional e social. Apesar de todos os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e às complicações que daí possam advir, é importante garantir a segurança do paciente no sentido de minimizar os impactos adversos e maximizar o impacto positivo do tratamento cirúrgico.

De facto, apesar das vertentes da resposta fisiológica, da resposta comportamental e da própria estrutura de saúde, a segurança do paciente assume também uma importância significativa nos elementos em que assenta a base da prática profissional (Monahan *et al*, 2010).

Como anteriormente foi referido, existem de facto muitos condicionalismos que interferem com o resultado final de uma intervenção cirúrgica, uns relacionados com a condição prévia dos pacientes, outros relacionados com a perícia e capacidade dos cirurgiões, outros com o conhecimento científico dos anestesistas e outros ainda com a atenção e pertinência das acções de enfermagem.

Existem riscos que devem ser avaliados no pré-operatório, potenciais complicações no intra-operatório e no pós-operatório. É necessário, então, que os profissionais tenham o conhecimento e a capacidade para as antecipar e prevenir, bem como o interesse no desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem com o erro.

Essa cultura só é possível se cada um dos profissionais tiver uma consciência cirúrgica, em relação ao tipo de erros que poderão ser evitados, nomeadamente os relacionados com a actividade humana, para que as cirurgias sejam cada vez mais, procedimentos seguros para os pacientes. Assim, é importante perceber a preocupação crescente que existe em torno da segurança do paciente.

## 2 – A Segurança do Paciente

Os cuidados de saúde são uma “indústria complexa” e de elevado risco, envolvendo um elevado número de pessoas e processos. Verifica-se, que a eles está associado, um constante desenvolvimento de novas tecnologias, medicamentos e dispositivos médicos, bem como um aumento do conhecimento através da pesquisa científica (Balding, 2008).

Sem dúvida que a combinação desses processos complexos, da tecnologia e das pessoas, pode trazer enormes vantagens. Contudo, podem envolver o acontecimento de eventos adversos, o que acontece com alguma frequência. É suposto, que os cuidados de saúde tragam benefícios para o paciente, no entanto também podem causar dano (OMS, 2002).

O grande alerta sobre esse tipo de acontecimentos, que causam dano aos pacientes, surgiu em Novembro de 1999 quando foi publicado um relatório pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América, estimando que entre 44 000 pessoas e talvez mais de 98 000 pessoas morrem em cada ano nos hospitais em consequência de erros médicos que poderiam ser evitáveis ou prevenidos (IOM, 2000).

Sabe-se, no entanto, da existência anterior de alguns estudos em hospitais, que revelaram a existência de eventos adversos, nomeadamente nos Estados Unidos em 1984 e 1992 com resultados entre 3,2% e 5,4% de incidência. Na Austrália dois estudos em 1992 apresentaram resultados de 16,6% e 10,6% de incidência, na Dinamarca em 1998 revelaram uma incidência de 9% e no Reino Unido em 1999-2000 em que apresentavam uma incidência de 11,7% (OMS, 2002).

Leap, Brennan *et al* (1991), num estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América, realizado a uma amostra de 30195 registos, identificaram eventos adversos em 3,7% dos casos, que resultaram em lesões incapacitantes, causadas pelo tratamento médico. Destacaram complicações com a medicação em 19%, infecção da ferida em 14% e complicações técnicas em 13%. Nestes, cerca de 48% de todos os eventos identificados estão associadas com uma cirurgia.

Mas, o mais preocupante é que destes eventos, cerca de metade seriam evitáveis. Ter-se-ia assim, evitado sofrimento para os pacientes e profissionais, principalmente nos casos

em que ocorreram incapacidades graves ou a morte dos pacientes, representando estes últimos casos, cerca de 1/3 dos eventos adversos detectados (Vicent, Neale e Woloshynowych, 2001).

No Canadá num estudo realizado relativamente ao ano de 2000, constatou-se que a incidência de eventos adversos, que ocorrem relativamente às admissões hospitalares, situa-se nos 7,5%. De entre os eventos adversos julga-se que 36,9% seriam evitáveis, verificando-se ainda consequências dramáticas como a morte de pacientes em 20,8% dos casos (Baker *et al*, 2004).

Segundo a OMS (2002), o impacto económico no Reino Unido em resultado dos eventos adversos, situa-se num custo de cerca de 2000 milhões de libras por ano em consequência de tempo de internamento adicional, tendo sido pagos ainda pelo NHS cerca de 400 milhões de libras em processos de indemnizações por reclamações dos lesados.

Se se pensar a nível mundial, este e outros impactos traduzem-se certamente em custos mais elevados, não sendo desejável para os pacientes sofrerem qualquer dano desnecessário, não sendo ainda desejável para os sistemas de saúde aumentar os seus custos de funcionamento, até porque os recursos são escassos.

Atendendo a estas e outras preocupações sobre a segurança dos pacientes, a OMS iniciou em 2002 um conjunto de acções junto da comunidade internacional. Estas levaram à criação da *World Alliance for Patient Safety* em Maio de 2004, com o intuito de implementar e fortalecer sistemas baseados na evidência científica, para facilitar o desenvolvimento de políticas e práticas de segurança do paciente em todos os estados membros (OMS, 2006). Esta aliança desenvolveu uma taxonomia relativamente a determinados conceitos, para criar uma linguagem comum relativamente a estas questões (OMS, 2007).

Desta forma, quando falamos de segurança do paciente estamos a falar concretamente de um paciente livre de danos desnecessários, ou de danos potenciais, associados aos cuidados de saúde (OMS, 2007).

O incidente na segurança do paciente caracteriza-se por um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultado mesmo, num dano desnecessário do paciente. Evento adverso refere-se a um incidente que resultou em dano do paciente, significando esse dano que implica prejuízo de uma estrutura ou função do organismo e/ou qualquer efeito deletério daí decorrente (OMS, 2007).

Quando se refere à segurança do paciente, o objectivo é evitar que ocorram danos desnecessários nos pacientes com a prestação de cuidados de saúde, ou seja, evitar a ocorrência de eventos adversos (OMS, 2007). De qualquer forma, o risco de eventos adversos e erros médicos podem não ser totalmente eliminados, mas os conhecimentos que se vão adquirindo sobre a sua ocorrência, dão aos prestadores de cuidados mais oportunidades para melhorar a qualidade da prestação (Jonsson e Ovretveit, 2008).

De facto, nos últimos anos tem havido uma maior atenção, para as questões da segurança do paciente, principalmente com enfoque na epidemiologia dos erros e dos eventos adversos, ficando um pouco aquém no que diz respeito às práticas para a redução desses mesmos eventos (Shojania *et al*, 2001).

Shojania *et al* (2001), referem-se a práticas de segurança do paciente como um tipo de processo ou estrutura cuja aplicação reduz a probabilidade de ocorrência de eventos adversos em função da exposição aos cuidados de saúde devido à doença ou a procedimentos a que se submetam.

No entanto cada fase do processo de prestação de cuidados contém um certo grau de insegurança. Quer se queira ou não, existem riscos devido aos efeitos secundários dos medicamentos ou da interacção medicamentosa, riscos inerentes aos dispositivos médicos, utilização de produtos desclassificados ou com defeito, falha humana ou falhas latentes do sistema (OMS, 2002).

Os eventos adversos podem então resultar de problemas nas práticas de cuidados, de problemas com produtos ou dispositivos, no decorrer de procedimentos ou ainda derivados de problemas existentes nos sistemas organizacionais (OMS, 2002).

O *National Steering Committee on Patient Safety* (2002) do Canadá, acrescenta que o envelhecimento da população, as limitações de recursos, a escassez de recursos

humanos qualificados, para além dos desafios e reestruturações dentro das organizações de cuidados de saúde, colocam também dificuldades aos sistemas, contribuindo assim para o aumento da probabilidade de ocorrência de eventos adversos, por vezes com consequências letais.

É amplamente reconhecido que os cuidados de saúde podem melhorar reduzindo-se os erros humanos e as falhas do sistema, pelo que é necessário compreender as principais causas dos problemas. Contudo o facto de a informação sobre os erros nos cuidados de saúde não ser obtida e tratada por rotina, torna mais difícil encontrar esses mesmos problemas (Walton *et al*, 2005).

Alcançar a segurança dos pacientes é um desígnio de todos os que estão envolvidos directa ou indirectamente com a prestação de cuidados de saúde. A sua concretização requer três acções complementares: prevenir os eventos adversos, torná-los visíveis e minimizar os seus efeitos quando eles ocorrem (OMS, 2002).

Por conseguinte, não é suficiente reconhecer que os erros existem. É também necessário que eles sejam claramente identificados e comunicados dentro da organização de saúde, para que possam ser monitorizados e é fundamental compreender a sua evolução, no sentido de poderem ser evitados. Comunicar os eventos não é mais do que dar-lhes visibilidade, pelo que é então necessário incentivar a sua comunicação.

## 2.1 – A Comunicação de Eventos Adversos

A *Joint Commission on Accreditation for Healthcare Organizations* (JCAHO), num relatório elaborado para a OMS em 2003, defende que as preocupações crescentes sobre a segurança do paciente vieram salientar a necessidade para a monitorização, comunicação e compreensão não só dos eventos adversos mas também do fenómeno do “*near misse*” ou “*quase-acidente*”<sup>7</sup> (JCAHO, 2003).

Fragata (2006), atribui ao “*near miss*” a referência de “*quase perda*”, tratando-se claramente de uma trajectória de acidente mas que a nossa capacidade permite

---

<sup>7</sup> “Quase-acidente” é um incidente que não causou dano ao paciente (OMS, 2007).



recuperar, impedindo um mau resultado permanente. Este tem um interesse fundamental para a prevenção dos acidentes e estudo dos erros pois são mais fáceis de relatar.

A *Joint Commission* refere que melhor informação sobre o número, tipos, gravidade, causas e consequências dos eventos adversos permite o desenvolvimento de estratégias para reduzir o risco de incidentes ou erros médicos e minimizar os danos daí resultantes, devendo para tal ser analisada a informação sobre os dados recolhidos (JCAHO, 2003).

Deste modo, as organizações deveriam desenvolver sistemas de comunicação de eventos adversos, para mais facilmente tratarem os dados e analisarem as suas causas, para que os profissionais possam aprender com os erros para que não se repitam, com eventual prejuízo para o paciente.

A OMS (2005), aponta precisamente o fracasso dos sistemas de saúde para aprender com os seus erros, como um dos aspectos mais frustrantes para pacientes e profissionais. Na maioria das vezes nem os prestadores de cuidados, nem as organizações, partilham a informação e a aprendizagem daí resultante, quando acontece um acidente, tendo como consequência a repetição frequente dos mesmos erros, com claro prejuízo para os pacientes.

Para Balding (2008), apesar de tradicionalmente os profissionais de saúde perseguirem cuidados de elevado nível, o medo do confronto legal e a cultura hospitalar, que culpa o erro humano, também contribui para a lentidão das organizações, em reconhecer e aprender com os erros, dependendo ainda a melhoria dos cuidados, do compromisso dos dirigentes e dos clínicos.

Essa lentidão, pode também estar relacionada com outros aspectos, que acabam por influenciar a capacidade de aprendizagem das organizações, com claro prejuízo para os profissionais, no seu desenvolvimento profissional e dos pacientes no seu relacionamento com os cuidados de saúde.

Jennings e Stella (2010), falam em barreiras para a notificação dos incidentes, estando categorizadas em sete temas, nomeadamente a responsabilidade da informação; o medo da acção disciplinar; o medo de possíveis litígios; o medo da quebra de confidencialidade e medo de passar vergonha; o receio de que “nada iria mudar” mesmo

que o incidente fosse relatado; a falta de familiaridade com o processo e o impacto de uma cultura da culpabilização.

Essa culpabilização existe por vezes sem uma justificação óbvia, em função da focalização estar sobre os indivíduos (Armitage, Newell e Wright, 2010). Deste modo, uma das chaves para a eliminação de algumas barreiras, pode ser a mudança da abordagem sobre a culpabilização do indivíduo, para uma abordagem focalizada no sistema (Jennings e Stella, 2010).

O medo e a cultura, podem de facto influenciar a disponibilidade dos profissionais, para comunicarem os incidentes que ocorrem com prejuízo para os pacientes. Estas barreiras são importantes, pois, fazem com que não existam mais eventos comunicados nos serviços de saúde.

Para a aprendizagem com os erros, os sistemas de comunicação de incidentes podem então ser um instrumento importante, desde que os eventos sejam de facto comunicados e analisados. No entanto, as pesquisas mostram que muitos incidentes não são comunicados pelos profissionais de saúde (Pfeiffer, Manser e Wehner, 2010).

Também Fragata (2006), reforça que são conhecidos muito menos erros do que aqueles que são praticados, residindo a principal razão na culpabilização associada aos erros, o que faz com que a maior parte destes não sejam divulgados, estimando-se que por cada 20 erros ocorridos, apenas um venha a ser declarado e conhecido.

Fragata (2006), defende ainda que o erro é essencialmente humano<sup>8</sup>, o que para minimizar as suas consequências, deverá existir uma visão positiva do mesmo, contemplando mecanismos para a sua recuperação, sendo a recuperação de erros uma tarefa mais organizacional do que individual. Para se preverem os acidentes é então necessário actuar sobre o sistema, a equipa e os indivíduos como seus determinantes.

Kantelhardt *et al* (2009), num estudo realizado entre 2008 e 2009, em que foram analisados 216 registos de incidentes, num departamento de neurocirurgia, também

---

<sup>8</sup> Em cerca de 60% dos casos de eventos adversos estes devem-se a actividades mediadas por humanos, enquanto que em cerca de 40% dos casos por mecanismos de base organizacional (Fragata, 2006).

referem que o erro humano é o que está mais envolvido nos incidentes declarados, nomeadamente em cerca de 86% desses incidentes.

Reason (1995), afirma que todos os erros envolvem algum tipo de desvio, salientando dois tipos de falhas, as activas e as latentes. As falhas activas, estão relacionadas directamente com a acção das pessoas (factores humanos), sendo visíveis no imediato, como o que acontece com cirurgiões, anestesistas e enfermeiros. As falhas latentes, estão relacionadas com a organização e podem persistir por longos períodos até se tornarem evidentes.

Os problemas relacionados com os factores humanos, são o produto de uma cadeia de causas, dos quais os factores psicológicos individuais são os últimos elos e os menos controláveis. Com efeito, os estados da mente, que contribuem para os erros, são os mais difíceis de gerir, uma vez que as pessoas não actuam isoladas. O seu comportamento é condicionado pelas circunstâncias, podendo assim acontecer o erro, com o melhor dos profissionais em qualquer momento (Reason, 1995).

Quando acontece um erro, é frequente colocar-se a questão de como foi possível acontecer, tentando relacionar-se a culpa com uma única questão ou pessoa, como se fosse possível pressupor, que é possível implicar a contribuição de apenas um factor, facto que a experiência tem revelado muito raramente acontecer (OMS, 2010).

Identificar factores comuns que contribuem para o erro, é assim, um aspecto crítico para o desenvolvimento de soluções, que tornem os cuidados de saúde mais seguros, sem culpabilizar sempre que possível, os profissionais de saúde individualmente, existindo a necessidade urgente, de fortalecer as defesas do sistema de cuidados de saúde, como um todo (OMS, 2010).

Os erros nos cuidados médicos, podem ser conhecidos através de vários mecanismos (Shojania *et al*, 2001). O registo de eventos adversos e incidentes é uma das soluções apontadas por vários autores (Shojania *et al*, 2001; JCAHO, 2003; OMS, 2005; Jansma *et al*, 2010), permitindo a recolha de dados sobre a sua ocorrência.

Apesar da importância do registo de eventos adversos, Altman, Clancy e Blendon (2004) chamam a atenção para a ausência de consenso sobre os esforços específicos

onde deve incidir o foco da melhoria da segurança. A melhor forma de colher e comunicar informações, é pois, um dos principais obstáculos a ultrapassar.

De qualquer das formas, parece existir algum consenso, de que um bom sistema de informação, onde se inclui obviamente o registo de incidentes, é considerado um importante passo na direcção da melhoria da segurança do paciente, podendo contribuir para cuidados mais seguros, conforme também referem Jansma *et al* (2010).

Actualmente os sistemas de comunicação de eventos adversos não são amplamente utilizados, mas estes podem reduzir significativamente os erros médicos, detectando problemas, pelo que devem ser de fácil utilização, permitindo um *feedback* em tempo útil e permitir a análise da informação por peritos (Leap, 2002).

A falta de análise sistemática dos dados reportados e a falta de *feedback* directamente para os clínicos, são aspectos que Mahajan (2010) refere como as maiores barreiras para o compromisso dos clínicos em comunicarem os incidentes.

Num esforço para desenvolver a implementação de sistemas de comunicação de eventos adversos, a OMS (2005) publicou um documento com uma série de orientações para incentivar as organizações de saúde e os países a adoptar a prática de comunicação de eventos adversos com o propósito de melhorar a segurança dos cuidados de saúde e aprender com as falhas dos sistemas de cuidados de saúde.

A comunicação de eventos adversos/incidentes, contribui significativamente para detectar erros, danos nos pacientes, mau funcionamento dos equipamentos, falhas nos processos ou outro tipo de perigos, devendo estes ser comunicados pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, administradores e outros profissionais).

Apesar de habitualmente a comunicação ser efectuada pelos profissionais, os sistemas devem ser desenvolvidos para integrarem comunicações efectuadas pelos pacientes, familiares ou seus representantes legais, tendo assim um sistema mais abrangente, como referido nesse mesmo documento (OMS, 2005).

A noção de sistema de comunicação de eventos refere-se então “ao processo e à tecnologia envolvida na uniformização, formatação, comunicação, *feedback*, análise,

aprendizagem, resposta e disseminação das lições aprendidas com a comunicação dos eventos adversos” (OMS, 2005:8).

Deste modo, a OMS (2005) define quatro princípios fundamentais subjacentes às orientações para os sistemas de comunicação de eventos, nomeadamente:

1. O papel fundamental dos sistemas de informação de segurança do paciente é melhorar a sua segurança, através da aprendizagem sobre as falhas do sistema de saúde.
2. A comunicação deve ser segura. Os indivíduos que reportam os incidentes não devem ser punidos ou sofrer outros efeitos negativos pelo facto de comunicarem o sucedido.
3. Comunicar só terá valor se conduzir a uma resposta construtiva. No mínimo, implica um *feedback* dos resultados da análise de dados. Idealmente, inclui também recomendações para alterar os processos e sistemas de cuidados de saúde.
4. Análise significativa, aprendizagem e divulgação das lições aprendidas, requerem conhecimento e outros recursos humanos e financeiros. A agência que recebe as comunicações deve ser capaz de disseminar a informação, fazer recomendações para a mudança e informar para o desenvolvimento de soluções.

Para a criação de um sistema de comunicação eficaz Walton *et al* (2005), colocam a tónica nos profissionais de saúde como condição determinante, assinalando três condições:

1. Os profissionais de saúde devem estar conscientes da importância de comunicar os incidentes;
2. Os profissionais necessitam saber como comunicar um incidente;
3. Os profissionais devem estar capacitados para reconhecer situações de risco.

Mahajan (2010) por seu lado, reafirma a necessidade de um sistema de comunicação de incidentes não punitivo, de fácil acesso e que permita aprender com as causas, permitindo também alterações sistémicas que possam prevenir a sua recorrência.

Também Gupta *et al* (2009) salientam a importância de prevenir a recorrência de incidentes. Para que isso aconteça, é determinante a monitorização de incidentes críticos, possibilitando ainda essa mesma monitorização a detecção de novos problemas, identificar “*near-misses*” e analisar factores ou eventos que levam ao acidente.

A monitorização efectiva dos incidentes é uma ferramenta inestimável na identificação das tarefas propensas ao erro. Esta deve ser confidencial e preferencialmente anónima, uma vez que contém factores individuais da tarefa, da situação e da organização, associados aos incidentes e aos “*near misses*”. Desta forma, é uma ferramenta muito importante para uma gestão do risco eficaz, devendo o individual ou a equipa, a tarefa, a situação e a organização, ser vistos como um todo no sistema (Reason, 1995).

Vários países têm sistemas de informação relativamente a eventos adversos, precisamente com o intuito de analisar o sistema como um todo e não apenas um caso em concreto, para que se possam tirar conclusões sobre as causas que levaram ao evento.

O documento da OMS (2005) apresenta uma análise, sobre os sistemas de diversos países, permitindo conhecer algumas particularidades dos mesmos e evidenciar determinadas contribuições, que esses sistemas podem trazer para a melhoria da segurança dos pacientes, pelo que se apresenta um pequeno resumo sobre os mesmos.

Os sistemas Inglês, da Dinamarca, da República Checa e da Suécia foram desenvolvidos por agências governamentais, enquanto que outros foram financiados pelo sector privado ou não governamental, como o *Australian Incident Monitoring System* financiado pela *Australia Patient Safety Foundation* ou ainda nos Estados Unidos da América o sistema *Sentinel Events Reporting* criado pela JCAHO.

Alguns deles são de declaração obrigatória, como na República Checa, na Dinamarca ou na Irlanda. A Holanda tem um sistema que é obrigatório, para a declaração de eventos graves em que acontece dano permanente ou a morte e voluntário para outros tipos de eventos. Outros ainda têm um sistema de declaração voluntária como a Inglaterra e a Eslovénia.

No que diz respeito à comunicação dos eventos, a maioria é realizada pelos profissionais de saúde ou pela própria organização onde ocorreu o incidente, existindo alguns em que os pacientes lesados também o podem fazer, como no caso do sistema da *Joint Commission*. No entanto, parece ser a Holanda quem tem um sistema mais aberto, uma vez que qualquer fonte anónima pode comunicar, desde os profissionais ao público em geral, incluindo obviamente os pacientes.

Da análise do documento salienta-se ainda que independentemente dos sistemas de comunicação serem públicos ou privados, de declaração obrigatória ou voluntária, o aspecto mais importante é a confidencialidade, existindo um consenso alargado de que os nomes dos pacientes e dos prestadores de cuidados não devem ser divulgados.

Estes aspectos trazem aos utilizadores uma maior confiança nos sistemas. Os sistemas de cuidados de saúde devem então desenvolver essa atmosfera de confiança assente na abertura e na franqueza na identificação e comunicação dos problemas, em que estas sejam incentivadas e recompensadas (*National Steering Committee on Patient Safety*, 2002).

Apesar das diferenças entre os sistemas existentes, é possível encontrar características comuns para que um sistema possa ser eficaz, conforme são evidenciadas no Quadro 1.

**Quadro 1** - Características de um Sistema de Comunicação de Eventos Adversos

Não-punitivo	Quem declara está livre do medo de retaliação contra ele próprio ou da punição de outros em função da comunicação efectuada.
Confidencial	A identidade do paciente, do declarante e da instituição não são reveladas.
Independente	O sistema de comunicação é independente de qualquer autoridade com poder para punir o declarante ou a organização.
Análise pelos peritos	Os eventos comunicados são avaliados por peritos que compreendem as circunstâncias clínicas e têm treino para reconhecer as causas subjacentes ao sistema.
Oportuno	As comunicações são analisadas prontamente e as recomendações são rapidamente divulgadas àqueles que é necessário informar, especialmente em casos de identificação de riscos graves.
Orientado para o sistema	O foco das recomendações é nas mudanças nos sistemas, processos ou produtos, em vez de estarem orientadas para a performance individual.
Responsivo	A agência que recebe os relatórios tem capacidade de divulgar recomendações. As organizações participantes comprometem-se a implementar as recomendações, sempre que possível.

Fonte: Adaptado de OMS (2008b)

Todas estas características são importantes para que o esforço de todos possa produzir resultados positivos. Deste modo, é importante salientar o facto de os sistemas serem não punitivos, para que haja uma maior adesão por parte dos profissionais de saúde a declararem qualquer tipo de incidente, mesmo que os próprios estejam directamente envolvidos.

Salienta-se também o facto de ser oportuno, para que exista *feedback* para os profissionais relativamente ao estudo das causas e respectivas medidas de melhoria a introduzir, não se voltando a repetir o mesmo erro nas mesmas circunstâncias. Realce-se ainda o facto de o foco ser orientado para os sistemas, pois as mudanças serão mais eficazes do que se estas forem orientadas para o indivíduo.

Para a compreensão das causas e a sua análise, a *Joint Commission* definiu a implementação de uma ferramenta denominada *Root Cause Analysis* (RCA)<sup>9</sup>, para que se possa determinar a causa principal, que é um processo para identificar os factores causais subjacentes à variação no desempenho, incluindo a ocorrência ou a possibilidade de ocorrência de um evento sentinela. Esta centra-se principalmente nos sistemas e nos processos e não no desempenho individual (JCAHO, 2009).

Percebendo como deve ser um sistema de comunicação de eventos adversos, importa também conhecer que tipo de eventos estão na base de todas estas preocupações, em torno da prestação de cuidados, para que profissionais, pacientes e organizações possam desenvolver medidas a evitarem o seu acontecimento.

Várias organizações têm publicado listas de eventos adversos, de acordo com a pesquisa que desenvolvem e com as bases de dados dos países onde estão inseridas, sendo também sustentadas pelos seus sistemas de comunicação de eventos.

Na Austrália, os eventos declarados derivaram de um estudo realizado por Wilson *et al* (1995) (Anexo 1), em que um dos objectivos era precisamente determinar categorias clínicas de eventos adversos. Destacam-se as reacções adversas a medicamentos, a readmissão não planeada após alta do internamento, a transferência não planeada dos

---

<sup>9</sup> Esta ferramenta também é utilizada noutras áreas de actividade como a Indústria.



cuidados gerais para os cuidados intensivos, regresso não planeado ao Bloco Operatório ou a morte inesperada.

Quanto aos erros do sistema, podemos destacar a ausência ou falha na utilização de políticas, protocolos ou planos, a formação ou supervisão inadequada do *Staff*, o equipamento defeituoso ou não disponível, entre outros.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), também tem demonstrado preocupações ao nível dos custos com a saúde, principalmente devido ao facto de a qualidade dos cuidados não ser a desejável. Neste sentido, desenvolveu uma série de indicadores<sup>10</sup> (Anexo 2), que cobrem cinco áreas chave como as infeções adquiridas no Hospital, eventos sentinela, complicações operatórias e pós-operatórias, eventos obstétricos e outros eventos relacionados com os cuidados de saúde (OCDE, 2004).

A OMS (2008b), apresentou uma lista que resultou do agrupamento de eventos adversos referidos em alguns estudos internacionais, entre os quais o estudo de Wilson *et al* (1995), tendo resultado em 10 principais categorias (Anexo 3). Cada tópico foi escolhido por peritos em segurança do paciente, porque representam as principais causas dos danos resultantes dos cuidados médicos aos pacientes de todo o mundo.

Dos eventos apresentados pela OMS (2008b), salientam-se as lesões derivadas de erros cirúrgicos ou anestésicos, as infeções associadas aos cuidados de saúde, a segurança na grávida e no recém-nascido, a segurança dos idosos e ainda os eventos adversos e lesões relacionadas com os dispositivos médicos.

A *Joint Commission*, em função da sua actividade de acreditação de unidades de saúde, também desenvolveu uma lista de eventos, denominados por esta organização por eventos sentinela. Denominam-se por sentinela pois sinalizam a necessidade de investigação imediata e consequente resposta. Destes eventos destacam-se a cirurgia no local errado, o suicídio, as complicações operatórias e pós-operatórias, a retenção

---

<sup>10</sup> São 21 indicadores definidos pelo painel para a segurança do paciente.

imprevista de corpo estranho, as quedas dos pacientes e ainda os eventos relacionados com o equipamento médico (JCAHO, 2009).

Também em Inglaterra se tem dado grande relevo à questão da comunicação de eventos adversos, pelo que a *National Patient Safety Agency* (NPSA)<sup>11</sup>, definiu uma lista de oito principais categorias de “*never events*”<sup>12</sup>, das quais se destacam a cirurgia no local errado, a retenção pós-operatória de instrumentos, a morte materna devido a hemorragia pós-parto após cesariana electiva.

Por último, realce-se a lista publicada pelo *National Quality Forum* (NQF), conforme se pode observar na Tabela 2, que é uma organização não lucrativa, nos Estados Unidos da América, criada com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.

Esta lista reflecte o consenso relativamente a eventos sérios e evitáveis que preocupam prestadores de cuidados e o público em geral. Contempla 28 eventos e resultou da actualização de uma lista anterior com 22 eventos. Pretende-se, que a ocorrência destes eventos leve à sua investigação e obtenção de informação, que permita a sua prevenção.

A informação produzida pelos sistemas de comunicação de eventos, deve então ser entendida de forma a contribuir para a melhoria da segurança dos pacientes. Se assim acontecer então essa informação estará a ser utilizada da forma mais adequada (OMS, 2008b).

A este propósito, a OMS (2005) apresenta três elementos chave para um sistema de comunicação de eventos relacionado com a segurança dos pacientes:

- O primeiro propósito é aprender com a experiência que advém do evento;
- Um sistema deve produzir uma resposta visível e útil, justificando os recursos dispendidos e estimulando a comunicação de incidentes;

---

<sup>11</sup> A NPSA é uma organização governamental que está inserida no serviço nacional de saúde (NHS).

<sup>12</sup> “Never Events” correspondem a incidentes que não devem ocorrer, se as medidas de prevenção adequadas forem implementadas.

- A sua função mais importante é usar os resultados da análise de dados e da investigação, para formular e disseminar recomendações para a mudança dos sistemas de cuidados.

**Tabela 2 – Eventos Graves Comunicados nos Cuidados de Saúde**

<b>Eventos Graves Comunicados nos Cuidados de Saúde</b>
<b>1 Eventos Cirúrgicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Cirurgia realizada no local do corpo errado;</li> <li>B. Cirurgia realizada no paciente errado;</li> <li>C. Procedimento cirúrgico errado para o paciente;</li> <li>D. Retenção imprevista de objecto estranho num paciente após cirurgia ou outro procedimento;</li> <li>E. Morte de um paciente ASA I no intra-operatório ou no pós-operatório imediato.</li> </ul>
<b>2 Eventos Relacionados com Produtos ou Dispositivos Médicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Morte ou incapacidade grave de um paciente associada ao uso de medicação, dispositivos ou produtos biológicos contaminados, fornecidos pela organização de saúde;</li> <li>B. Morte ou incapacidade grave associada ao uso ou função de dispositivo cujo uso ou função não era o indicado;</li> <li>C. Morte ou incapacidade grave associada a embolia gasosa intravascular durante o tratamento numa unidade de saúde.</li> </ul>
<b>3 Eventos relacionados com a Protecção do Paciente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Alta de criança acompanhada pela pessoa errada;</li> <li>B. Morte ou incapacidade grave associada com o rapto ou desaparecimento dos cuidados de saúde;</li> <li>C. Suicídio ou tentativa de suicídio durante o internamento que resultou em incapacidade grave.</li> </ul>
<b>4 Eventos relacionados com a Gestão de Cuidados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Morte ou incapacidade grave de um paciente associada a erro de medicação (erro envolvendo o medicamento errado, a dose errada, o paciente errado, a hora de administração errada, ritmo de perfusão errado, preparação errada ou via de administração errada);</li> <li>B. Morte ou incapacidade grave associada a reacção hemolítica derivada de administração de sangue ou hemoderivados com incompatibilidade ABO/HLA;</li> <li>C. Morte ou incapacidade grave da mãe associada ao trabalho de parto ou ao parto numa gravidez de baixo risco numa unidade de saúde;</li> <li>D. Morte ou incapacidade grave associada a hipoglicémia, cujo início ocorra numa unidade de saúde;</li> <li>E. Morte ou incapacidade grave associada a falha na identificação e tratamento da hiperbilirrubinémia no recém-nascido;</li> <li>F. Úlcera de pressão estágio 3 ou 4, adquirida após admissão numa unidade de saúde;</li> <li>G. Morte ou incapacidade devido a terapia espinal;</li> <li>H. Inseminação artificial com o dador de esperma errado ou o ovo errado.</li> </ul>
<b>5 Eventos Ambientais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Morte ou incapacidade grave associada a choque eléctrico durante o tratamento numa unidade de saúde;</li> <li>B. Qualquer incidente cuja linha de O2 ou outro gás para administração ao paciente, contém o gás errado ou está contaminado por substâncias tóxicas;</li> <li>C. Morte ou incapacidade grave associada a queimadura de qualquer fonte durante o tratamento numa unidade de saúde;</li> <li>D. Morte ou incapacidade grave associada a queda durante o tratamento numa unidade de saúde;</li> <li>E. Morte ou incapacidade grave associada a uso de contenções físicas ou grades da cama durante o tratamento numa unidade de saúde.</li> </ul>
<b>6 Eventos criminais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Qualquer tipo de cuidados prescritos ou prestados por alguém personificando o médico, o enfermeiro, o farmacêutico ou outro profissional de saúde licenciado;</li> <li>B. Rapto de um paciente de qualquer idade;</li> <li>C. Agressão sexual a um paciente dentro da unidade de saúde ou na sua área;</li> <li>D. Morte ou lesão grave de um paciente ou funcionário resultante de agressão física, que ocorra na unidade de saúde ou na sua área.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de NQF (2006).

Essa informação só será produzida se os eventos forem comunicados, pois um sistema de comunicação pode fornecer avisos, pontos sobre problemas importantes e ainda fornecer alguma compreensão sobre as causas (Vicent, 2007).

Como se pode constatar da análise dos vários sistemas de comunicação de eventos referidos anteriormente, existe um número significativo de eventos cuja ocorrência tem um impacto significativo na qualidade dos cuidados aos pacientes. Desses eventos salientamos o facto de existirem alguns que são comuns a todos os sistemas, como aqueles que estão relacionados com a cirurgia e a anestesia.

Os erros cirúrgicos, resultando em diminuição da segurança dos pacientes, devem ser valorizados e assumidos pela equipa cirúrgica. Estes representam cerca de 48% de todos os eventos adversos, afectando cerca de 2% de todos os pacientes internados (OMS, 2008b). Os eventos cirúrgicos assumem, deste modo, uma importância significativa, no panorama global dos cuidados de saúde, sendo uma das áreas onde será necessário desenvolver mais esforços, por parte de todos os profissionais de saúde, na perspectiva de minimizar os impactos negativos de um erro.

A cirurgia no lado errado ou no sítio errado, são exemplos de situações que não deveriam ocorrer, com impacto seriamente negativo sobre os pacientes e sobre os profissionais, como facilmente se pode perceber.

Outras situações, como a retenção imprevista de corpo estranho no interior do paciente, têm obrigatoriamente que fazer reflectir os profissionais sobre determinados comportamentos durante o perioperatório, pois é um tipo de erro que ainda persiste (estima-se 1 em cada 1000 a 1500 cirurgias abdominais), podendo ter como consequência a perfuração intestinal, a sepsis<sup>13</sup> e até a morte (Gawande *et al*, 2003).

Moje, Jackson e McNair (2006), referem que os eventos adversos relacionados com a cirurgia e a anestesia correspondem a 16,4%. De entre estes, a hemorragia e o

---

<sup>13</sup> Sepsis é equivalente a septicemia que significa uma infecção grave generalizada no organismo (Garnier e Delamare, 1984).

hematoma como complicação do procedimento cirúrgico é o mais representativo, com 9,6% dos casos.

Outra das situações que representa um grande impacto em termos de custos para os pacientes e para os sistemas de saúde é a infecção da ferida operatória, estando associada ao aumento da morbilidade, da mortalidade e do aumento do tempo de internamento, representando 15% do total de infecções associadas aos cuidados de saúde (OMS, 2008a).

Perante estes e outros exemplos, importa assim compreender o que está na base das ocorrências, mas essencialmente de que forma se pode agir no sentido de melhorar os cuidados de saúde, tornando-os cada vez mais seguros para os que deles necessitam.

Como se depreende, a prestação de cuidados tem uma série de riscos associados, pelo que é necessário a implementação de uma estratégia que facilite a sua redução. Uma das estratégias é precisamente criar uma mudança da cultura organizacional, baseada na comunicação, na assertividade e no treino da equipa (Lembitz e Clarke, 2009).

A atenção para aspectos organizacionais e de estrutura poderá conduzir de forma promissora a uma cultura de segurança nas organizações e entre os profissionais (Shojania *et al*, 2001). A cultura de segurança pode então trazer resultados mais efectivos, uma vez que implica comportamentos seguros.

A cultura de segurança torna-se assim um aspecto estrutural às próprias organizações de saúde, pelo que é importante perceber que tipo de aprendizagem é necessário desenvolver para que esta esteja perfeitamente enraizada nos profissionais de saúde, mostrando preocupações sérias com a segurança dos pacientes e desenvolvendo estratégias que evitem a ocorrência de eventos adversos, como poderemos verificar no próximo ponto.

## **2.2 – A Cultura de Segurança dos Pacientes**

A segurança não é meramente um assunto da prática individual, mas representa um problema do sistema de magnitude considerável. Os cuidados podem ser mais seguros, as práticas podem ser melhoradas e os eventos adversos podem ser reduzidos se a

abordagem for centrada nos sistemas, em vez de o ser no indivíduo (Braithwaite *et al*, 2007).

Este é um dos principais impulsos, que o movimento de segurança teve nos últimos anos, reflectindo uma das principais aprendizagens relacionadas com a segurança do paciente, ou seja, a segurança é primeiramente um problema dos sistemas (Leap, Berwick e Bates, 2002).

As pessoas podem cometer erros, os processos e os equipamentos por vezes também falham, sendo ainda evidente a falta de conexão entre profissionais, sistemas, procedimentos e dispositivos, pelo que, a capacidade dos profissionais para evitar o dano será maior, se estiver criada uma cultura de segurança (Hellings *et al*, 2007).

Essa cultura de segurança está relacionada com a própria cultura organizacional, pois todas as organizações têm uma cultura, que influencia a forma como as pessoas se comportam nas organizações a que pertencem (Sandars e Cook, 2007).

Para Cunha *et al* (2007:636), cultura organizacional corresponde a um “conjunto de valores e práticas definidos e desenvolvidos pela organização, com base nos quais é socialmente constituído um sistema de crenças, normas e expectativas que moldam o pensamento e o comportamento dos indivíduos”. Esta é de natureza multidimensional, podendo ser analisada a nível individual, grupal, organizacional e nacional.

A interiorização desses valores e normas pelos membros organizacionais, através da experiência, da participação, da interacção social e da exposição às práticas organizacionais, é que faz com que as culturas sejam apreendidas, fazendo com que o processo de aprendizagem conduza à partilha, pelo colectivo, desse conjunto de pressupostos (Cunha *et al*, 2007).

Esses pressupostos, nos quais também se inserem determinadas regras, guiam o comportamento diário dos profissionais no seu local de trabalho, não sendo aceites como membros plenos da organização até aprenderem essas mesmas regras, pelo que essa aprendizagem dos valores subjacentes à vida organizacional, é um processo mais ou menos longo de socialização e ajustamento (Bilhim, 2001).

Pode-se então sintetizar que a cultura organizacional compreende a partilha de atitudes, crenças, valores e normas que fundamentam a forma como os profissionais executam determinadas tarefas dentro da organização. Essa partilha aplica-se do mesmo modo à cultura de segurança do paciente, tal como nos diz Sandars e Cook (2007).

Essa cultura deve ser uma cultura de segurança positiva, isto é, que tenha como atributos a comunicação aberta acerca dos problemas de segurança, um efectivo trabalho de equipa e apoio por parte dos líderes organizacionais para fazer da segurança uma prioridade (OMS, 2008b).

Assim, as organizações devem avançar para a implementação de programas activos de melhoria da segurança dos pacientes, pois é necessária uma monitorização do erro e do dano, através de práticas que previnam a ocorrência de eventos adversos importantes (Vicent, 2007). O objectivo é tornar o sistema proactivo na procura dos factores causais (*National Steering Committee on Patient Safety*, 2002).

Relativamente aos sistemas<sup>14</sup>, Reason, Carthey e Leval (2001) referem que alguns sistemas são mais vulneráveis a eventos adversos que outros, devido a certas patologias organizacionais que constituem o chamado “Síndrome do Sistema Vulnerável”. Este síndrome tem três elementos principais que interagem e se auto-perpetuam nas organizações, sendo eles a culpabilização dos indivíduos, a negação da existência de erros sistémicos que provocam fraqueza do sistema e a utilização cega de indicadores financeiros e de produtividade.

O “Síndrome do Sistema Vulnerável”, de uma forma mais ou menos acentuada está presente em todas as organizações, sendo a capacidade para reconhecer os seus sintomas, essencial no progresso em direcção à melhoria da segurança do paciente (Reason, Carthey e Leval, 2001).

---

<sup>14</sup> Os autores referem-se a sistemas de alta complexidade como a Aviação Comercial ou Centrais Nucleares, tendo posteriormente aplicado ao domínio da segurança do paciente, uma vez que encontram semelhanças na etiologia de eventos adversos em diferentes sistemas complexos, permitindo aos gestores das instituições de saúde tirar proveito da experiência e aprendizagem organizacional e cultural destes dominós não-médicos.

O não reconhecimento desses sintomas, promove as falhas latentes, pois derivam elas também de decisões falíveis, muitas das vezes tomadas por pessoas que não estão directamente envolvidas nos locais de trabalho (Vicent, Taylor-Adams e Stanhope, 1998).

Segundo os mesmos autores, essas falhas proporcionam as condições necessárias para a ocorrência de actos inseguros, apresentando essas condições de trabalho as seguintes características:

- Cargas de trabalho elevadas;
- Conhecimentos ou experiência inadequados;
- Supervisão inadequada;
- Ambiente stressante;
- Rápidas mudanças dentro da uma organização;
- Objectivos incompatíveis (por exemplo conflito entre a área financeira e as necessidades clínicas);
- Sistemas de informação inadequados;
- Manutenção inadequada de equipamentos e edifícios.

Estes factores vão influenciar o desempenho dos profissionais podendo levar ao erro e afectar os resultados para o paciente, pelo que é necessário criar um ambiente seguro, na prestação de cuidados.

Shojania *et al* (2001), apresentam uma listagem de elementos que contribuem para um ambiente seguro para o paciente, de onde destacamos o envolvimento de todos no desenvolvimento de objectivos para a segurança, na identificação e solução dos problemas de segurança, na avaliação da *performance* relativamente à segurança do paciente, na formação e aprendizagem sobre funcionamento e manutenção de equipamentos.

Salienta-se, ainda, a necessidade de empenho forte por parte da gestão de topo em liderar o desenvolvimento da melhoria da segurança do paciente, bem como a clara definição de políticas sobre segurança do paciente. A organização deve ainda ter um sistema compreensivo que forneça informação sobre os perigos, que seja positivo e efectivo, que recompense as pessoas que atingem os objectivos relativamente à



segurança do paciente e que seja utilizado por todos. Ora é neste processo que o gestor da organização assume um papel relevante, devendo assumir-se como líder na construção da cultura de segurança.

Para Colla *et al* (2005), o clima de segurança para o paciente envolve cinco dimensões:

- Liderança;
- Políticas e procedimentos;
- Pessoal;
- Comunicação;
- Informação.

Estas dimensões, englobam de uma forma genérica os vários aspectos que estão interligados no sucesso de uma cultura de segurança, exigindo a participação de todos os envolvidos, neste processo de melhoria da segurança dos pacientes.

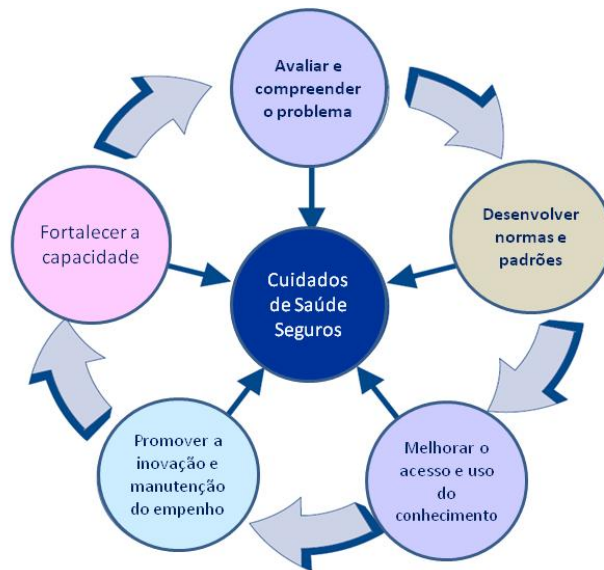
Para fomentar a melhoria da segurança do paciente nas organizações é então necessária uma coordenação de esforços de vários membros da equipa de saúde (Shojania *et al*, 2001). Esses esforços requerem uma liderança forte para encorajar o registo de eventos e melhorar a comunicação e a coordenação entre os prestadores de cuidados (Baker *et al*, 2004).

Esses esforços incluem cada vez mais a participação dos pacientes e famílias, bem como parcerias com a sociedade civil, para que estes tenham voz relativamente às suas experiências pessoais, contribuindo para a mudança do contexto de trabalho. A construção de parcerias e compromissos ajuda a desenvolver uma cultura de segurança e proporciona recompensas e incentivos para a prática de cuidados seguros (OMS, 2008c).

Para a construção da capacidade de criar cuidados seguros, a OMS (2008c) aponta alguns aspectos essenciais, nomeadamente a produção de informação, de pesquisa e evidências que os suportem, conforme se pode observar na Figura 1.

Este esquema reforça a ideia de que é necessário fazer sempre melhor, de forma continuada e contínua, para o desenvolvimento do conhecimento sobre a segurança dos pacientes, de forma a divulgar e promover o uso desse mesmo conhecimento.

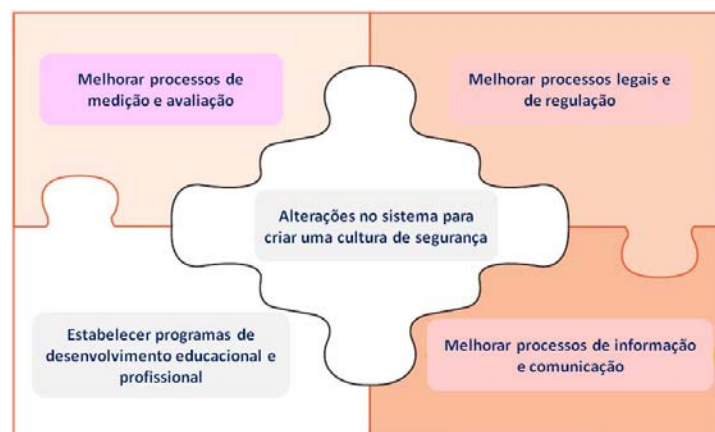
**Figura 1** – Criação de Cuidados de Saúde Seguros



Fonte: Adaptado de OMS (2008c).

Por sua vez o *National Steering Committee on Patient Safety* (2002), valoriza outros aspectos como principais componentes para a criação de um sistema seguro para os pacientes. A tónica deste modelo (Figura 2) assenta nos processos que é necessário melhorar, conduzindo a alterações no sistema para a criação de uma cultura de segurança. Uma cultura e um ambiente de segurança não pode ser criado instantaneamente, deve, pois, evoluir ao longo do tempo, para que haja um compromisso de reforma do sistema por parte de todos os envolvidos.

**Figura 2** – Construir um Sistema Seguro de Cuidados de Saúde



Fonte: Adaptado de *National Steering Committee on Patient Safety* (2002).

Esse compromisso deve ser duradouro, permitindo que as mudanças sejam efectivas. Neste percurso é necessário melhorar processos legais e de regulação, pois actualmente o que existe é a perpetuação do medo da culpa e do litígio, que faz com que não exista abertura para o diálogo com vista à melhoria da qualidade.

No que respeita aos processos de medição e avaliação, é necessário criar instrumentos e recursos válidos, que consubstanciem a mudança. Relativamente aos programas de desenvolvimento educacional e profissional, a abordagem deve ser multidisciplinar, no sentido de ajudar na construção de massa crítica.

Por fim, no que concerne aos processos de informação e comunicação, é necessário estimular a participação, a compreensão e a divulgação da informação que respeita a abordagem de problemas com esta complexidade, como é a segurança dos pacientes. Esta abordagem, em vez de procurar mudar o comportamento ao nível individual, exige claramente soluções a vários níveis, envolvendo estratégias de mudanças nos sistemas para solucionar os problemas na fonte (OMS, 2008c).

Assim, a cultura de segurança é para Pronovost e Sexton (2005), crescentemente reconhecida como uma dessas estratégias para a melhoria do *deficit* generalizado na segurança do paciente, pois, envolve os profissionais num compromisso de toda a organização para a segurança, na qual cada membro mantém as suas próprias normas de segurança e dos seus parceiros.

Cada profissional de saúde tem, assim, um papel importante para reduzir o dano nos pacientes (OMS, 2008c). Como a segurança só pode ser melhorada conjugando os esforços de todos e em parceria, os profissionais são então os parceiros-chave, para encarar o principal desafio na melhoria da segurança, que é alcançar a mudança cultural, reflectindo esta a preocupação de como as pessoas sentem e pensam estas questões (Sandars e Cook, 2007).

Nieva e Sorra (2003) afirmam que as organizações de saúde estão consciencializadas para este facto, constatando a importância de transformar a cultura organizacional numa cultura que promova a melhoria da segurança. Esta deve ser acompanhada pela necessidade de aceder a instrumentos e ferramentas de avaliação que incidam precisamente nos aspectos culturais relacionados com essa melhoria.

Uma das ferramentas de fácil utilização para avaliação da cultura de segurança numa organização ou unidade de saúde, denomina-se *Manchester Patient Safety Framework*, tendo sido desenvolvida pela Universidade de Manchester e implementada pelo NPSA (NPSA, 2006).

Esta ferramenta, foi elaborada para ajudar a tornar o conceito de cultura de segurança mais acessível, na medida em que este conceito é relativamente novo no sector da saúde, sendo ainda difícil de avaliar e mudar. A segurança dos pacientes e funcionários de uma organização é influenciada pela medida em que a segurança seja percebida como um factor importante na organização (NPSA, 2006).

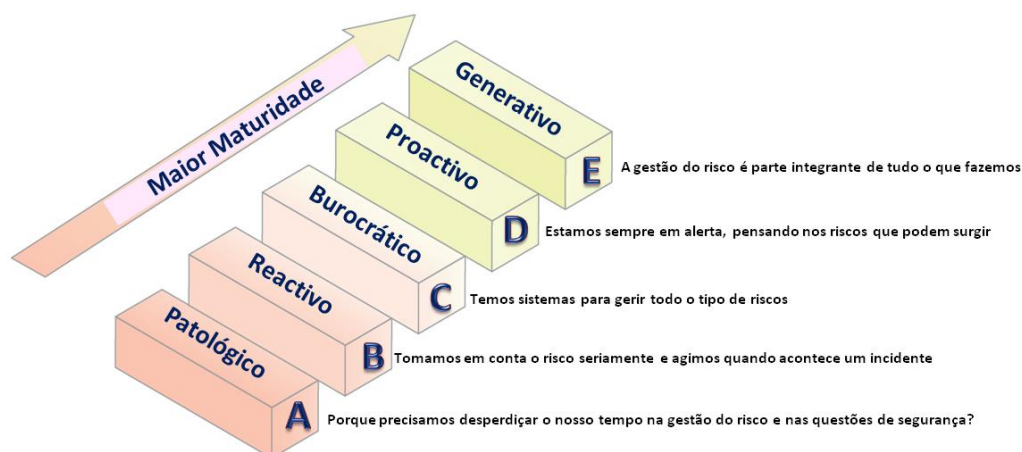
Desenhada para ajudar a equipa a reconhecer que a segurança do paciente é importante, esta ferramenta assenta num conceito complexo e multidimensional, facilita a reflexão sobre a cultura de segurança e assenta em dez dimensões:

1. Compromisso com melhoria contínua global;
2. Prioridade dada à segurança;
3. Erros do sistema e responsabilidade individual;
4. Registo de incidentes e boas práticas;
5. Avaliação de incidentes e boas práticas;
6. Aprendizagem e implementação da mudança;
7. Comunicação sobre questões de segurança;
8. Gestão de pessoal e questões de segurança;
9. Educação e formação dos profissionais;
10. Trabalho em equipa.

Estas dez dimensões são avaliadas e classificadas em cinco níveis, evidenciando a maturidade da organização, conforme se pode observar na Figura 3.

Estas dimensões e estes níveis devem ser analisados, quer para a organização quer para a equipa de uma unidade de saúde. Pode avaliar-se a que nível estão e o caminho que a organização terá de percorrer, para atingir um grau elevado de maturidade. Este modelo não foi todavia criado, para atribuir culpas se os resultados da organização ou da equipa não mostram grande maturidade, mas antes para se perceber qual o caminho para a melhoria (NPSA, 2006).

**Figura 3 – Índice de Maturidade da Cultura de Segurança**



Fonte: Adaptado de NPSA (2006).

Com o objectivo de avaliar a cultura de segurança dos hospitais também a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), desenvolveu um questionário em 2004, para dar resposta ao interesse dos hospitais em comparar os seus resultados com outros hospitais. Pretendia-se criar uma base com informação relevante sobre a opinião dos profissionais relacionada com as questões de segurança do paciente, erros médicos e comunicação de eventos nas suas organizações, que permitisse medir doze áreas contempladas pela cultura de segurança (Sorra *et al*, 2008).

Dessas doze áreas destacam-se a comunicação aberta acerca das questões de segurança, o *feedback* e a comunicação sobre o erro, a frequência de eventos comunicados, o apoio da gestão para a segurança do paciente, as respostas não punitivas ao erro e o trabalho de equipa.

Com efeito, os aspectos comunicacionais são de facto relevantes para uma cultura de segurança. Sem comunicação não pode haver organização (Cunha *et al*, 2007). Deste modo, devem ser criadas oportunidades para que as pessoas manifestem a sua opinião livremente, devendo esta abertura ser transferida para os sistemas que permitam que todos os indivíduos comuniquem e discutam os eventos adversos com enfoque na não culpabilização, sem receio de punição, existindo no entanto a responsabilidade e a responsabilização dos seus actos (Sandars e Cook, 2007).

Para além da comunicação, a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde ao paciente dependem também de um ambiente de trabalho de colaboração e do trabalho em equipa (JCAHO, 2008).

A forma como os membros da equipa se comunicam, apoiam ou supervisionam entre si, limita e influencia as práticas individuais e o seu impacto no paciente. No entanto, a equipa é afectada pelas acções da gestão e pelas decisões tomadas ao mais alto nível da organização (Vicent, Taylor-Adams e Stanhope, 1998).

A *performance* da equipa de cuidados de saúde, é também afectada por certos comportamentos disruptivos, que incluem acções ostensivas, como explosões verbais ou ameaças físicas ou acções passivas, como recusa na execução de certas tarefas ou exibindo discretamente atitudes não cooperantes. Deste modo as organizações devem abordar esse problema na perspectiva de assegurar a qualidade e promover a cultura de segurança (JCAHO, 2008).

Neste sentido, as acções sugeridas pela *Joint Commission* passam por acções de formação a todos os elementos da equipa, pessoal médico e não médico, sobre comportamentos profissionais apropriados (JCAHO, 2008). A formação tem efeitos positivos a longo prazo, mas será necessário desenvolver esforços noutras áreas para alterar os comportamentos (Jansma *et al*, 2010).

A formação associada à implementação de pequenas mudanças nos procedimentos, nos equipamentos, na supervisão, no trabalho de equipa e na organização, promove assim o estabelecimento de uma forte cultura de segurança e surpreendentes práticas efectivas (Leap, Berwick e Bates, 2002).

Essas práticas devem ser baseadas em princípios, desenvolvidas para compensar as falhas humanas, como por exemplo a uniformização e a simplificação de procedimentos, o uso de protocolos e de *checklists*, para reduzir os erros (Leap, Berwick e Bates, 2002).

Também neste aspecto o paciente cirúrgico assume particular interesse, uma vez que pelo impacto significativo de determinados erros, nomeadamente a cirurgia no lado errado ou no local errado, levou a OMS (2009) a desenvolver uma *checklist* a ser

utilizada no bloco operatório, inserida no programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”, para reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia a nível mundial.

O objectivo do programa é mobilizar o compromisso político e clínico para abordar as questões importantes de segurança, incluindo práticas de anestesia inseguras, infecções cirúrgicas evitáveis e má comunicação entre os membros da equipa (OMS, 2009).

A *checklist* é entendida como uma ferramenta para ser usada por clínicos interessados em melhorar a segurança nas suas operações e reduzir complicações e mortes desnecessárias, contribuindo para a melhoria da cultura de segurança nas salas de operações. Esta ferramenta aplica-se em três momentos distintos da intervenção cirúrgica:

1. Antes da indução da anestesia

Confirmação da identidade do paciente, do local, do procedimento e do consentimento para a sua realização, como ainda do equipamento e os dispositivos para a anestesia, bem como aspectos relacionados com o paciente como por exemplo a existência de alergias ou abordagem da via aérea difícil;

2. Antes da incisão da pele

Confirmação da identidade da equipa, do procedimento, do lado e do local da incisão, dos dispositivos necessários à intervenção cirúrgica, antecipam-se eventos críticos como por exemplo as perdas sanguíneas;

3. Antes de o paciente sair da sala de operações

Confirmação do procedimento realizado, da contagem de instrumentos, compressas e corto perfurantes, da identificação das peças operatórias e qualquer aspecto relevante para o recobro do paciente no pós-operatório imediato.

A utilização da *checklist*, vem contribuir para minimizar o erro nas salas de operações, o que está de acordo com Hulbert e Garrett (2009) que referem os benefícios da utilização de verificações pré-operatórias nas salas de operações.

A segurança nas salas de operações tem, deste modo, influência nos cuidados dos pacientes, sendo necessária uma mudança cultural, que envolva os médicos, através de

múltiplas abordagens que desenvolvam uma cultura de segurança (Hulbert e Garrett, 2009).

Podemos deste modo compreender, que a cultura de segurança nas organizações de saúde é multidimensional, existindo aspectos de grande relevo para a sua implementação, nomeadamente uma adequada comunicação, um trabalho de equipa e uma colaboração efectiva, uma partilha de valores, crenças, experiências e conhecimentos e um forte empenho do líder, aos quais a área cirúrgica não pode ser alheia.

Não se pode pensar que existem organizações sem riscos ou ocorrência de eventos. O que há é organizações que estão melhor preparadas que outras, para lidar internamente com esses acontecimentos, denotando uma maior maturidade no que respeita à segurança.

A premissa básica é, que as pessoas são falíveis e os erros são esperados mesmo nas melhores organizações. Como tal, as organizações de alta confiabilidade não estão imunes aos eventos adversos. A grande diferença é que estas desenvolveram a capacidade de converter estes retrocessos ocasionais num reforço da resiliência do sistema (Reason , 2000).

Face ao exposto, segundo Singer *et al* (2003), a organização tem uma adequada cultura de segurança, quando uma série de componentes, estão perfeitamente consolidados, a vários níveis entre os membros e as diversas unidades da mesma, particularmente no que se refere a:

- O compromisso com a segurança é articulado com os mais altos níveis da organização e traduzido na partilha de valores, crenças e normas comportamentais a todos os níveis;
- São necessários recursos, incentivos e recompensas providos pela organização de forma a permitir que o compromisso ocorra;
- A segurança é valorizada como a primeira prioridade, mesmo em detrimento da produção ou da eficiência; o pessoal errando é recompensado por ser cauteloso, mesmo tendo errado;



- A comunicação entre trabalhadores e entre os diferentes níveis da organização é frequente e sincera;
- Os actos inseguros são raros, apesar de elevados níveis de produção;
- Existe abertura relativamente aos erros e problemas, sendo relatados quando ocorrem;
- A aprendizagem organizacional é valorizada, a resposta a um problema centra-se em melhorar o desempenho do sistema ao invés da culpabilização individual.

Além disso, é importante perceber que todas estas premissas são fundamentais, desde que conduzam a resultados efectivos, na melhoria da prestação de cuidados e simultaneamente evitem custos acrescidos, quer do ponto de vista social para os pacientes, quer do ponto de vista financeiro para as organizações de saúde.

Existe hoje, uma grande preocupação no controlo dos custos da saúde. Todos os governos, de uma forma ou de outra, apostam em reformular os modelos de gestão, não colocando em causa a qualidade dos cuidados aos pacientes. Pretende-se, com isso que a prestação de cuidados de saúde seja mais eficiente, uma vez que, cuidados menos eficientes reflectem-se no financiamento dos hospitais, como constataremos no capítulo seguinte.

### 3 – Aspectos Socioeconómicos dos Serviços de Saúde

Os gastos com o sector da saúde têm tido nos últimos anos uma importância crescente nas economias mundiais, ao qual Portugal não é indiferente, na medida em que estes têm vindo a aumentar. Neste sentido, os governos tentam estabelecer medidas e estratégias que permitam o controlo de custos, melhorar a qualidade da prestação, bem como ainda incrementar a eficiência do sistema e a equidade no acesso (Rego, 2008).

Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS), as despesas com a saúde em Portugal cresceram de 5,40 % do PIB em 1999, para 10,2% do PIB em 2006, a que corresponde um crescimento da despesa bastante significativo (DGS, 2009).

Também a OCDE (2007), confirma a este respeito que as despesas com os cuidados de saúde têm vindo a aumentar de forma significativa, representando cerca de 9% do PIB nos países da OCDE, mas situando-se inclusivé acima dos 11% noutras economias.

Segundo Béresniak e Duru (1999), o problema do aumento dos custos está no facto de que estes aumentam mais rapidamente que o PIB, pelo que será necessário o seu financiamento em detrimento de um outro sector de actividade, podendo explicar-se este aumento de custos das seguintes formas:

- Pelo aparecimento constante de novas técnicas que suscitam a especialização crescente dos médicos e o desenvolvimento de novos medicamentos sem que os mais antigos sejam retirados do mercado;
- Pelo aumento da procura de saúde das populações que beneficiam cada vez mais de seguros de doença públicos, parapúblicos ou privados, e cuja taxa de envelhecimento é crescente (o que aumenta a frequência das patologias crónicas e mais onerosas);
- Pela evolução do modo de vida que se traduz pela afectação de uma parte dos recursos cada vez mais reduzida à alimentação e cada vez mais elevada ao lazer e à saúde;
- Pelo aparecimento ou reforço de novos flagelos (SIDA, síndrome de Alzheimer, toxicodependência, etc.);

- Pelo grande desenvolvimento da demografia médica, responsável pela procura induzida;
- Pela forte medicalização dos problemas sociais, associada à falta de estruturas de acolhimento adequadas;
- Pelo desenvolvimento inexorável de numerosas formas de esbanjamento de recursos.

A OCDE (2007), reforça a ideia de que um dos maiores factores que levam ao crescimento dos custos em saúde são os avanços na capacidade da medicina para prevenir e tratar as condições de saúde, onde se incluem os recentes desenvolvimentos na imagiologia, biotecnologia e farmacologia, pelo que a tendência do aumento de custos é para continuar.

As necessidades em saúde são, assim cada vez maiores, pelo que a satisfação das necessidades básicas da população, neste domínio, envolve a utilização de meios físicos, humanos e financeiros que intervêm na rubrica custos, agravando a situação económica e financeira do sistema de saúde (Rego, 2008).

Segundo Folland, Goodman e Stano (2001), a forma como este tipo de recursos são afectados é o cerne do estudo de uma especialidade emergente que é a economia da saúde. Este estudo é importante e interessante sobretudo sob três formas interligadas:

1. O tamanho da contribuição do sector da saúde para a economia global;
2. As preocupações para a política nacional resultante da importância que muitas pessoas atribuem aos problemas económicos que enfrentam na busca e manutenção da sua saúde;
3. O facto de que muitos outros assuntos da saúde têm uma componente económica substancial.

A economia da saúde trouxe, deste modo, um aporte aos governantes, para a tomada de medidas políticas para a contenção de custos, onde a crescente consciência sobre os desperdícios na utilização de recursos coloca um enfoque na eficiência e no financiamento, de forma a que o sistema seja sustentável (Barros e Simões, 2007).

Portugal não foge à regra, tendo-se verificado na última década mudanças significativas na forma de pensar o Serviço Nacional de Saúde. De facto foi a partir de 1999 com o estabelecimento do regime jurídico do Sector Empresarial do Estado, que teve o seu culminar a nível da saúde com a publicação da Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro, sobre a gestão hospitalar, que se sentiu um maior incremento de novas medidas no sector, no sentido do controlo dos custos do Sistema Nacional de Saúde.

Apesar dessas mudanças, o sistema de saúde português tem-se debatido com o facto de ser ou não financeiramente suportável no futuro, necessitando da introdução de medidas enérgicas, que conduzam ao abrandamento do ritmo de crescimento da despesa pública com a saúde ou ao aumento da receita (Campos, 2007).

Estão assim criados novos desafios às organizações de saúde, que têm que conciliar a forte envolvente institucional decorrente do direito de todos à saúde, consagrado constitucionalmente<sup>15</sup>, e uma forte pressão para a eficiência, assegurando os cuidados de saúde com os meios limitados que existem (Martins, 2007).

O sistema português tem assim, determinados constrangimentos que é necessário compreender, que decorrem da sua fundação e que foram influenciando a evolução do próprio sistema, no que diz respeito às políticas públicas e ao modelo de gestão. Deste modo, realça-se esses aspectos no ponto seguinte.

### **3.1 - A Gestão dos Serviços de Saúde em Portugal**

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) está organizado para que todos os cidadãos portugueses detenham o direito à prestação dos cuidados de saúde através de uma rede de centros de saúde e de hospitais públicos. O Sistema de Saúde Português é constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, onde se incluem os hospitais e centros de saúde, bem como todas as entidades privadas e/ou profissionais livres que acordem com

---

<sup>15</sup> Artigo 9º alínea d) e Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa

a primeira, a prestação de todas ou algumas daquelas actividades (Ministério da Saúde, 1998).

Os hospitais são “estabelecimentos de saúde com capacidade de internamento”. São unidades geridas por Conselhos de Administração com autonomia de gestão limitada (Ministério da Saúde, 1998:2).

Se os centros de saúde têm como principal preocupação ajudar a reforçar o potencial de saúde das pessoas e das famílias, os hospitais, ainda que possuam os mesmos objectivos, permanecem num patamar mais voltado à devolução da saúde aquando da ocorrência de patologias ameaçadoras da vida, desenvolvendo a sua acção, essencialmente em torno da pessoa doente (Ministério da Saúde, 1998).

Estas instituições têm então um papel determinante em proporcionar condições de saúde ao indivíduo. A saúde é um factor essencial para o indivíduo, pelo que este se torna exigente na sua procura, para que tenha um bom desempenho a nível físico, psicológico e social. A procura de cuidados de saúde está assim relacionada com o valor que cada individuo atribui à saúde – *Value of Health* (Rego, 2008).

Segundo Zonsius e Murphy (1995), há muitos centros de saúde e hospitais que não satisfazem o público de forma convincente (uma vez que os utentes estão cada vez mais informados acerca das necessidades de cuidados), mantendo difícil a acessibilidade, os custos elevados e a qualidade, frequentemente sem uma gestão específica.

A gestão da saúde assume deste modo algum relevo no que diz respeito à resposta aos indivíduos. Os sucessivos governos, têm também tido essa preocupação gestionária uma vez que é um sector muito particular de grande sensibilidade para os cidadãos em geral.

Independentemente do tipo de orientação que o sistema de saúde possa ter, mais social ou mais empresarial, o controle dos custos e a qualidade dos cuidados está presente na abordagem dos responsáveis pelo sector.

A este respeito, a preocupação é longínqua, uma vez que o Decreto-Lei 48 357 de 27 de Abril de 1968 sobre o Estatuto Hospitalar, faz referência ao facto de que a administração hospitalar deve ser cuidadosa, uma vez que a mobilização de recursos humanos e financeiros é de tal forma volumosa, que a forma menos correcta de gestão

pode trazer prejuízos importantes, quer do ponto de vista económico, quer social e humano.

Observa-se ainda no mesmo documento que se deveria atender a três aspectos predominantes. O primeiro no que diz respeito à gestão hospitalar de acordo com técnicas da vida económica sem deixar de atender aos objectivos sociais e humanos; o segundo relacionado com a adequada utilização dos recursos para um rápido restabelecimento dos doentes diminuindo desta forma custos e aumentando a capacidade de internamento; o terceiro refere-se a que todos os serviços devem responder pela sua eficiência.

Constata-se então que havia já uma sensibilidade para o problema da gestão dos serviços de saúde, nomeadamente dos hospitais. No entanto, seria a criação do SNS, o elemento fundamental para a reforma do sistema de saúde português (Campos e Ramos, 2002).

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), faz referência à criação do SNS em 1979, em certas condições que ainda hoje o afectam, nomeadamente a sua implementação associada à democratização, bem como o processo de expansão do sistema de protecção social que caracterizou o início da democracia. (OPSS, 2003).

Em termos legislativos, foi a partir de 1990, com a criação da Lei de Bases da Saúde<sup>16</sup>, que se introduziram alguns princípios importantes na perspectiva evolucionista da saúde, como a igualdade no acesso aos cuidados de saúde, a promoção da participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política da saúde, responsabilizando os cidadãos sobre a sua própria saúde.

No que diz respeito à gestão, reconhece-se a integração na rede de cuidados de profissionais liberais e entidades privadas, com quem o estado estabeleça contratos de prestação de cuidados, sendo o financiamento efectuado através do Orçamento do Estado, mas com referência à gestão das unidades de saúde com base em regras de gestão empresarial.

---

<sup>16</sup> Lei nº 48/90 de 24 de Agosto de 1990.

Com o contínuo crescimento das despesas com a saúde, houve a necessidade de introduzir novas políticas assentes em ideias de gestão empresarial, numa tentativa de tornar os hospitais mais eficientes e mais rigorosos na aplicação dos dinheiros públicos.

Apesar da predominância do Estado em termos de assegurar a cobertura dos serviços de saúde a todos os cidadãos, resultante do Estado Social ou “*Welfare*”, estas medidas na gestão dos serviços de saúde enquadram-se no “*New Public Management*”, ou seja, uma administração gestonária, como força das circunstâncias incluindo mesmo áreas da administração que pareciam imunes e impermeáveis como os hospitais (Rocha, 2000).

Esta administração gestonária caracteriza-se entre outros por uma gestão profissional, com ênfase no desempenho (resultados), na adopção de estilos de gestão empresarial e na eficiência, isto é, fazer mais com menos dinheiro (Hood, 1991).

É desta forma e com base numa administração gestonária que, para além de outros diplomas legais que foram sendo introduzidos ao longo dos anos, na tentativa de modernizar a gestão dos hospitais, o grande incremento foi dado com a Lei nº 27/2002 de 28 de Novembro, que introduz a natureza jurídica de Sociedades Anónimas (SA) de capitais totalmente públicos para os Hospitais, os chamados Hospitais SA.

Para este grupo de hospitais, a lei define determinados princípios específicos da gestão hospitalar, em que se observam entre outros o desenvolvimento da actividade de acordo com instrumentos de gestão previsional, como por exemplo planos de actividade e orçamentos, ou relativamente à forma de financiamento das suas actividades, que passa a ser em função da valorização dos actos e serviços efectivamente prestados, de acordo com a tabela de preços fixados pelo SNS.

No mesmo diploma, aos hospitais tradicionalmente públicos, é-lhes atribuída a figura de Hospitais do Sector Público Administrativo (SPA), sendo definidos determinados princípios de gestão, onde se nota também aqui o apelo a princípios da gestão privada, nomeadamente no que diz respeito à celebração de contratos-programa, a definição de objectivos a atingir e indicadores de actividade para medir o desempenho, quer das unidades quer das equipas de gestão (Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro).

A avaliação da gestão de topo e dos profissionais passa a ser de acordo com a eficiência demonstrada na gestão dos recursos, com a atribuição de incentivos na base dos ganhos de eficiência conseguidos, para estimular o desempenho dos profissionais envolvidos.

Neste diploma, denota-se uma maior vontade do Estado, em introduzir uma visão puramente gestionária no sistema hospitalar, na tentativa de criar nos profissionais uma consciencialização para o aumento da eficiência no seu desempenho, com a possibilidade de se ser premiado, na tentativa de diminuir os custos com a saúde.

Ribeiro (2003), diz-nos que a nova realidade configurada com a aprovação da nova lei de gestão hospitalar<sup>17</sup> é uma oportunidade para o desenvolvimento de novas competências de gestão, estimulando-se a recompensa do bom desempenho e premiando a maior eficiência.

O mesmo autor refere que a lei introduz três princípios fundamentais há muito reclamados pelo sector. São eles:

- A separação do papel do Estado como financiador/prestador, através daquilo que designamos como um novo modelo de contratação e pagamento;
- A introdução de uma verdadeira gestão empresarial extensível a todos os hospitais da rede, com especial enfoque no designado grupo de hospitais SA (sociedade anónima);
- A agilização do processo de contratação de pessoal em que o contrato individual de trabalho é a norma e o futuro referencial.

No entanto a evolução legislativa não assegurou a modernização do sistema por inteiro, na medida em que está refém de forças económicas e sociais, que o bloqueiam parcialmente, mais concretamente alguns profissionais, a indústria farmacêutica e os sindicatos. Para além disso é necessário controlar o crescimento da despesa pública em saúde (Campos e Ramos, 2002).

---

<sup>17</sup> Lei nº 27/2002 de 28 de Novembro



O aumento da despesa pública e a redefinição do papel do Estado na economia, está bem patente no Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril, em que se verifica o reconhecimento por parte do Estado, de que é possível tirar proveito da melhor capacidade da gestão privada, estabelecendo regimes de parceria público-privada, transferindo riscos com os quais se encontram mais familiarizados e mais habilitados para o seu manuseamento, como por exemplo os tecnológicos e operacionais.

Na incessante procura de melhorar a gestão dos hospitais é então alterado o estatuto dos Hospitais SA, com um novo regime jurídico para Entidade Pública Empresarial (EPE), definido pelo Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro. Com esta alteração as entidades públicas passam a ser pessoas colectivas de direito público de natureza empresarial, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Esta reorganização transformou inicialmente 31 hospitais em SA e posteriormente em EPE, criando ainda 3 novos centros hospitalares que foram integrados no Sector Empresarial do Estado, permitindo uma concentração de serviços e recursos e maior flexibilidade, de acordo com as regras de gestão (Ferreira *et al*, 2006).

A análise à evolução legislativa, mostra-nos que se passou de um modelo de gestão hospitalar assente no princípio do Estado Social, com cuidados tendencialmente gratuitos, consagrados na Constituição da República Portuguesa, para um modelo assente em princípios de gestão empresarial que coloca a tónica, quer para os Hospitais EPE, quer para os Hospitais SPA, na eficiência e na maximização de resultados com os recursos disponíveis.

Com efeito, as iniciativas de reforma do governo para o sector da saúde colocam a tónica no reforço dos instrumentos de gestão, sendo o objectivo prioritário a melhoria da eficiência e correspondente controlo do crescimento da despesa (Campos e Ramos, 2004).

Na verdade, “a tónica da contenção de custos deve ser a de incentivar a prevenção da doença, a de premiar a eficiência na prestação e os ganhos em saúde” (Ferreira *et al*, 2006:115).

Saliente-se que “esta nova forma de gestão empresarial pretende dinamizar a qualidade dos serviços prestados nos hospitais através da utilização de práticas de gestão empresarial, fazendo frente a novas exigências de eficiência e rentabilidade dos recursos públicos.” (Ribeiro, 2003:10).

Deste modo, os elementos para um sistema de saúde eficiente, dinâmico e capaz, passam por aumentar o uso das tecnologias de informação, melhorar a coordenação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde, assegurar cuidados de saúde para os idosos, bem como orientar a política pública para a prevenção de doenças não necessárias e regular a política do preço de medicamentos (OCDE, 2007).

Estes aspectos conduziram à necessidade de mudança do sistema de saúde, que está relacionada com a identificação de factores impeditivos do desenvolvimento do sistema existente e com a capacidade de resposta à comunidade em termos de mais e melhores cuidados de saúde.

Campos e Ramos (2002) referem, a este propósito, que a lógica de administração prestadora em que o SNS foi fundado, não favorece os processos de mudança e de modernização, existindo uma convivência com interesses corporativos e parcelares, que são por vezes dominantes.

O mesmo é defendido pelo OPSS (2003), quando refere que o SNS padece de debilidades fundacionais, como a ausência de inovação dos modelos de gestão e a sua fragilidade financeira, como ainda a coexistência entre financiamento público e medicina convencionada.

Para além destes aspectos, Ferreira *et al* (2006) apontam ainda o facto do SNS se ter tornado pesado, pouco ágil e desarticulado, não conseguindo dar resposta às pressões de controlo de custos, exigindo-se orientações políticas focadas na melhoria do binómio custo-eficácia, como ainda a aplicação de instrumentos típicos da gestão privada na procura da eficiência.

Face ao exposto, torna-se agora oportuno clarificar o conceito de eficiência. Barros (1999) relaciona eficiência com a minimização do custo, ou seja, a característica

fundamental de, para os preços dos recursos utilizados, minimizar o custo de obter o resultado pretendido.

Bentes (2004), refere que o conjunto de serviços prestados deve maximizar uma determinada combinação de resultados em relação à parcela do Produto Interno Bruto (PIB) gasta. Referindo-se ainda ao caso específico da saúde, em que as despesas não devem exceder uma parcela aceitável dos recursos nacionais (PIB).

Rego (2008) refere-se à eficiência para a prestação de cuidados de saúde como um processo de maximização da relação entre recursos (*inputs*) e resultados (*outputs*). A eficiência está orientada para os *inputs* quando depende da capacidade para minimizar os custos, estando orientada para os *outputs* quando para um dado custo se pretende maximizar a produção ou os resultados desse serviço.

A eficiência tem, assim, uma relação de proximidade com a produtividade. Este aspecto é realçado por Carvalho (1992), ao referir que a produtividade é a repercussão da eficiência nos *inputs* e/ou da eficácia nos *outputs*.

Cunha *et al* (2007:887), também falam na produtividade como “a relação entre os resultados e os inputs necessários para alcançá-los.” Se considerarmos os *inputs*, como todos os recursos necessários ao desenvolvimento de uma actividade com o fim de obter um determinado resultado, então será mais fácil perceber essa relação<sup>18</sup>.

A relação entre a produtividade e a eficiência exige então uma adequada afectação dos recursos, sem perda de qualidade, principalmente num sector tão sensível como a saúde, pois como os recursos são escassos é necessário corresponder às expectativas dos cidadãos que reflectem uma procura quase ilimitada (Rego, 2008).

Podemos então concluir que a própria evolução do sistema de saúde português, mais concretamente nos hospitais, tem um enfoque acentuado nas questões da eficiência, tendo ganho um novo impulso com a empresarialização dos hospitais, ou seja,

---

<sup>18</sup> Os autores referem que a produtividade pode ser entendida como uma medida dos resultados em relação aos inputs (eficiência).

adoptando o modelo empresarial à gestão dos hospitais, mantendo no entanto a participação do Estado como principal e único accionista dessas empresas públicas.

A eficiência é então um factor determinante para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e do país, pois é desejável que se possa fazer mais e melhor de acordo com a racionalização e optimização dos recursos existentes, permitindo alcançar os resultados pretendidos.

Apesar de todos os esforços na tentativa de tornar o sistema mais sustentável, continua a colocar-se o problema de encontrar a melhor forma de financiar os cuidados de saúde, quando o aumento das despesas e a necessidade de resposta do sistema a estas exigências financeiras, pode por em causa a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

### **3.2 - O Financiamento dos Serviços de Saúde**

Os serviços de saúde envolvem custos avultados que necessitam ser pagos. Para gerar os fundos necessários para o seu financiamento, numa perspectiva de cobertura universal como existe na maioria dos países, a melhor forma são as formas pré-pagas através dos impostos ou de seguros (Evans e Etienne, 2010).

Segundo Carrin *et al* (2008), para que haja uma cobertura universal é necessário que os sistemas sejam robustos, sustentáveis e assentes em dois fundamentos interligados:

1. Assegurar que as barreiras financeiras não impedem as pessoas de usar os serviços de que necessitam (prevenção, promoção, tratamento e reabilitação);
2. Assegurar que as pessoas não sofrem de dificuldades financeiras, porque têm que pagar por esses serviços.

Garantir o financiamento sustentável dos sistemas de saúde é assim fundamental para os governos, em virtude do já referido crescimento das despesas do sector, recorrendo a maioria dos países da OCDE também aos impostos e às contribuições sociais obrigatórias, como principal sistema de financiamento desses serviços, uma vez que também eles têm uma cobertura universal (OCDE, 2007).

Relativamente ao sistema de financiamento dos serviços de saúde, Barros e Gomes (2002) explicam que existem dois tipos:

1. Os sistemas compulsórios, onde se enquadram como fontes de financiamento os impostos e a contribuição para esquemas sociais de seguro;
2. Os sistemas voluntários, onde se enquadram as subscrições voluntárias de esquemas privados de seguro e os pagamentos directos por parte dos pacientes.

Destes dois sistemas resultam quatro fontes, que contribuem fortemente para o financiamento dos sistemas de saúde, existindo na Europa muitos países que dependem de um misto das mesmas, ou assentes num princípio de cobertura universal com base em seguros sociais ou predominantemente em impostos de acordo com a reforma que introduziram nos seus sistemas.

Para a reforma dos sistemas, Kutzin *et al* (2009) referem-se à opção entre o seguro social de saúde conhecido como “modelo de Bismarck”<sup>19</sup> e a tributação geral assente nos impostos conhecido como “modelo de Beveridge”.<sup>20</sup>

Segundo a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde<sup>21</sup> (2007) o Sistema Nacional de Saúde português inspirou-se no relatório de Beveridge, baseando-se também ele na cobertura universal, com financiamento obrigatório pela via dos impostos.

Apesar da inspiração no “modelo de Beveridge”, as reformas relativamente ao financiamento dos hospitais em Portugal têm sofrido alterações ao longo dos anos, de modo a que a orçamentação possa reflectir com maior rigor a produção real.

Segundo Rego (2008), na década de 70, era baseado em subsídios de exploração que reflectiam a despesa do ano anterior. Na década de 80, foi alterado o critério de financiamento atendendo aos dados estatísticos do movimento assistencial de cada

---

<sup>19</sup> Designado de “modelo de Bismarck” após o final do século XIX, devido ao Chanceler alemão Otto von Bismarck, que promulgou a legislação social para proteger os trabalhadores de riscos graves, incluindo a saúde.

<sup>20</sup> Designado de “modelo de Beveridge” devido ao reformista social britânico William Henry Beveridge, que elaborou em 1942 um plano em que todos os trabalhadores deveriam pagar uma contribuição semanal ao Estado, para ser usado como subsídio de doença, entre outros.

<sup>21</sup> Comissão nomeada pelo governo português em 13 de Março de 2006, por despacho conjunto do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças, para estudar as diversas alternativas que se colocam para garantir a sustentabilidade financeira do SNS.

unidade hospitalar. Esta realidade foi alterada a partir da década de 90, tendo-se observado uma transição para um esquema de pagamento relacionado com a produção.

Estes esquemas de pagamento têm uma lógica evolutiva, acompanhando as reformas do sistema de financiamento. De acordo com essa evolução podemos verificar vários mecanismos de pagamento, que segundo Bentes (2004) são os seguintes:

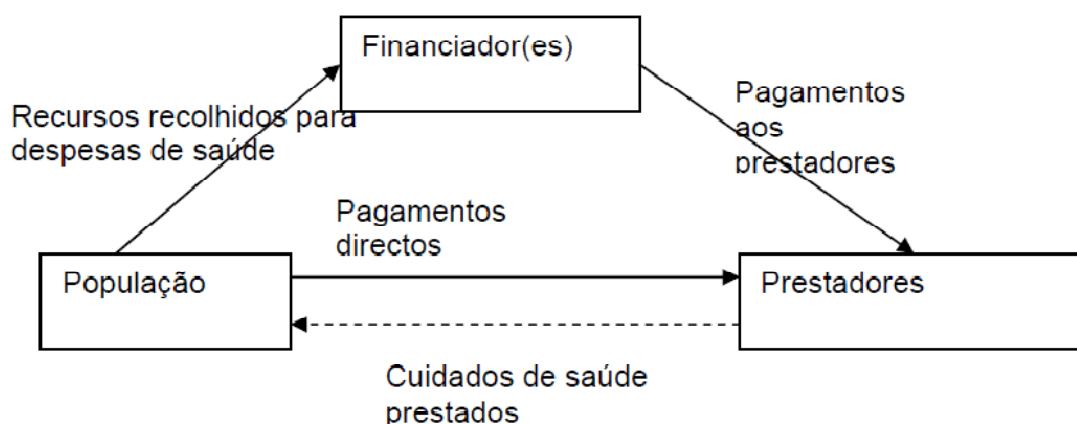
- Pagamento pela despesa;
- Pagamento ao acto;
- Pagamento por diária;
- Pagamento por produto/caso;
- Orçamento global;
- Capitação.

Estes mecanismos de pagamento estão inseridos em dois modelos de afectação de recursos financeiros dos hospitais, o modelo retrospectivo e o modelo prospectivo. O modelo retrospectivo baseia-se na despesa verificada em anos anteriores sem qualquer relação directa do financiamento com a produção ou com o desempenho. O modelo prospectivo relaciona-se directamente com a actividade desenvolvida como no caso do pagamento por produto/caso ou no pagamento por capitação (Bentes, 1998; Barros e Gomes, 2002).

Em termos de contribuições para o sistema de financiamento, registaram-se também algumas alterações ao longo dos tempos. Para além dos impostos, foram introduzidas contribuições para os subsistemas e prémios de seguros privados, contribuindo ainda os portugueses através de pagamentos directos no acto do consumo (como por exemplo com o pagamento das taxas moderadoras). Estes estão directamente relacionados com a utilização dos cuidados (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

Segundo a referida Comissão os fluxos financeiros circulam entre três tipos de entidades conforme se pode verificar na Figura 4: a população, as entidades financiadoras e os prestadores de cuidados.

**Figura 4** – Fluxos Financeiros no Sistema de Saúde



Fonte: Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007).

Pela observação da Figura 4, verifica-se uma clara separação entre financiadores e prestadores, não sendo no entanto o que acontece em Portugal, uma vez que o Estado é simultaneamente financiador e prestador, tal como referem Bentes *et al* (1996) quando reforçam que o Estado não só é o detentor da maioria dos hospitais, como também constitui a sua principal fonte de financiamento.

No entanto, tem-se verificado a tendência para uma progressiva separação dos papéis de financiador, de regulador e de prestador, sendo cada vez mais assumidos os dois primeiros pelo Estado e estabelecendo mecanismos de contratualização para os prestadores (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

A contratualização é um mecanismo coordenador que serve como alternativa aos modelos tradicionais, sendo encarada como um instrumento para implementar objectivos de política da saúde, obrigando os terceiros pagadores e os prestadores a um compromisso e a gerar motivação económica para o cumprimento desses compromissos (Barros e Gomes, 2002).

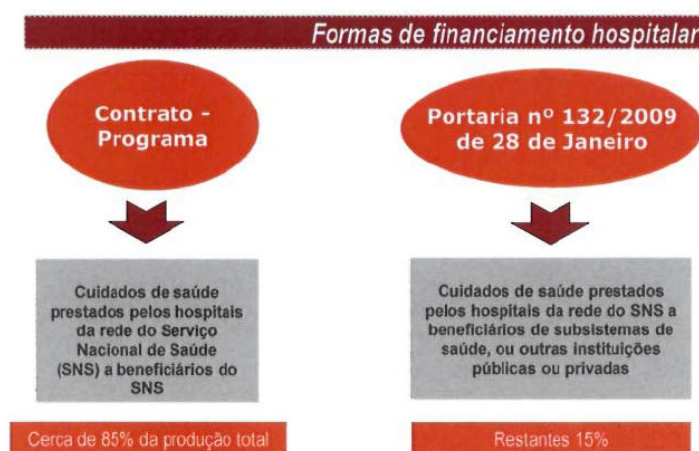
Este modelo pretende, com a introdução de uma cultura de contratualização, obter uma gestão participada, descentralizada e mais responsável, estando inserida no modelo de

gestão empresarial adoptado. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)<sup>22</sup>, estes contratos-programa celebrados com os hospitais terão por objecto a definição dos objectivos de produção e o cumprimento de metas de acordo com os recursos financeiros disponíveis (ACSS, 2009).

O modelo de contratualização iniciou-se em 2003 com base no estabelecimento de um contrato-programa entre o Estado enquanto entidade contratante/pagadora (através da ACSS e ARS) e as Unidade Prestadoras de Cuidados de Saúde abrangendo os utentes do SNS, definindo-se objectivos de produção e metas de qualidade e eficiência para aferição do desempenho das unidades e equipas de gestão (ACSS, 2009).

Deste modo, a ACSS definiu para o ano de 2009 um sistema misto, tendo como formas de financiamento hospitalar o estabelecimento de contrato-programa associado ao pagamento da produção por Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), conforme se pode observar na Figura 5.

**Figura 5** – Formas de Financiamento Hospitalar para o Ano de 2009



Fonte: ACSS (2009)

Constata-se que as verbas envolvidas no contrato programa servem para abranger cerca de 85% da produção total, uma vez que esta está relacionada com o atendimento dos utentes do SNS, sendo os restantes 15% resultantes do pagamento através da tabela de GDH (Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro) por parte dos subsistemas de saúde (como

---

<sup>22</sup> A Administração Central do Sistema de Saúde foi criada em 2006 (Decreto-Lei nº 212/2006 de 27 de Outubro), numa perspectiva de modernização dos serviços para assegurar a gestão integrada dos recursos do Serviço Nacional de Saúde.



por exemplo a ADSE) ou outras instituições públicas ou privadas (como por exemplo seguradoras).

A adopção de um modelo misto vai ao encontro do defendido por Bentes (1998), quando se refere ao facto de que os métodos de pagamento têm tendência a afastar-se dos modelos puros, assumindo características mistas. Embora com predominância de uma ou outra forma, é possível encontrar modelos que combinem pagamentos prospectivos com reembolso de custos para algumas áreas específicas.

Para se perceber que verbas podem estar associadas ao pagamento, principalmente por parte de terceiro pagador, foi necessário desenvolver um sistema que permitisse saber o custo relativamente ao produto do hospital, correspondendo este ao objecto de troca entre o produtor (hospital) e o consumidor (paciente), ou seja, o tratamento que recebe (Bentes, 2004).

O sistema adoptado foi baseado nos GDH, pois possibilita o pagamento por caso, nomeadamente por doente saído. Corresponde ao episódio completo, isto é, a todo o tempo de internamento no caso de doentes internados, e não ao somatório de todos os procedimentos realizados durante a sua estadia no hospital, tendo em conta custos médios, ajustados pelas respectivas demoras médias e taxas de ocupação (Bentes *et al*, 1996).

Assim, definiram-se tempos médios de internamento de acordo com os diagnósticos, o que obrigou os hospitais a melhorar os tempos médios de internamento e a gerir melhor os recursos necessários ao tratamento de acordo com os valores estabelecidos para o GDH correspondente.

Percebe-se deste modo, a importância do sistema de GDH na produção dos hospitais, criando alguma pressão nos prestadores e no controlo dos custos, para que não ultrapassem os preços estabelecidos, como em tratar melhor os seus pacientes, para que não tenham internamentos tão prolongados.

Para Rego (2008), a implementação dos GDH veio alterar significativamente o modo como os hospitais encaram os seus resultados, uma vez que este modelo apela de

alguma forma a uma gestão mais eficiente. Torna-se assim importante compreender melhor como funcionam os pagamentos aos hospitais através dos GDH.

### 3.3 – Os Grupos de Diagnóstico Homogéneos e o Pagamento aos Hospitais

Os Grupos de Diagnóstico Homogéneos são um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos (Bentes, 2004).

Este sistema foi desenvolvido nos anos 70 e 80 nos Estados Unidos da América, na Universidade de Yale, tendo a designação de *Diagnosis Related Groups (DRG)*, ao que corresponde então em Portugal a designação de Grupos de Diagnóstico Homogéneos, inicialmente com o objectivo de servirem de base a sistemas de revisão de utilização (Urbano e Bentes, 1994).

Segundo os autores, o esquema dos GDH foi construído pela divisão inicial de todos os códigos principais de diagnóstico em Grandes Categorias Diagnósticas (GCD) subdivididas em grupos entre si.

Em Portugal o projecto para a implementação dos GDH iniciou-se em 1984 com o estabelecimento de um contrato entre o Ministério da Saúde e a Universidade de *Yale*, de forma a testar e desenvolver a sua aplicação de acordo com as especificidades dos hospitais portugueses, tendo sido operacionalizado em 1990 e estabelecida a tabela de preços e respectiva regulamentação para a facturação a terceiros pagadores (Bentes *et al*, 1996).

No entanto a sua aplicação efectiva para definição do orçamento financeiro dos hospitais só veio a efectuar-se a partir de 1997 (Bentes, 1998), com a sua implementação em todos os hospitais do SNS em 2001 (ACSS, 2009).

A classificação é feita com base na Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão - Modificação Clínica (CID-9-MC), utilizando as seguintes variáveis para definição dos GDH:

- Diagnóstico principal;
- Outros diagnósticos (secundários);
- Procedimentos;
- Idade;
- Sexo;
- Peso à nascença;
- Destino após a alta.

Existem dois tipos de GDH, os cirúrgicos e os médicos, sendo a distinção feita pela necessidade de utilização de bloco operatório ou não. Após esta divisão os pacientes cirúrgicos são classificados com base na intervenção cirúrgica específica, enquanto que os pacientes médicos são classificados com base no diagnóstico principal específico pelo qual foram internados no hospital (Urbano e Bentes, 1994).

Actualmente existem 25 Grandes Categorias Diagnósticas e mais de 800 GDH, que estão devidamente definidos com os preços correspondentes na Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro, actualizada pela Portaria nº 839-A/2009 de 31 de Julho.

A cada GDH está associado um coeficiente de ponderação que é uma medida do custo esperado com o tratamento de um doente típico desse GDH, expresso em termos relativos face ao custo do doente médio nacional (Bentes *et al*, 1996).

Os autores referem que para a composição do GDH se utiliza o índice de “*case-mix*” que reflecte a realidade de um hospital face aos outros, em termos da complexidade e da sua casuística. Calcula-se através do rácio entre o número de doentes saídos ponderados pelos coeficientes relativos. Permite explicar, o facto de custos médios por doente numa determinada instituição, serem aparentemente elevados, devido à sua casuística incluir uma proporção elevada de patologias dispendiosas.

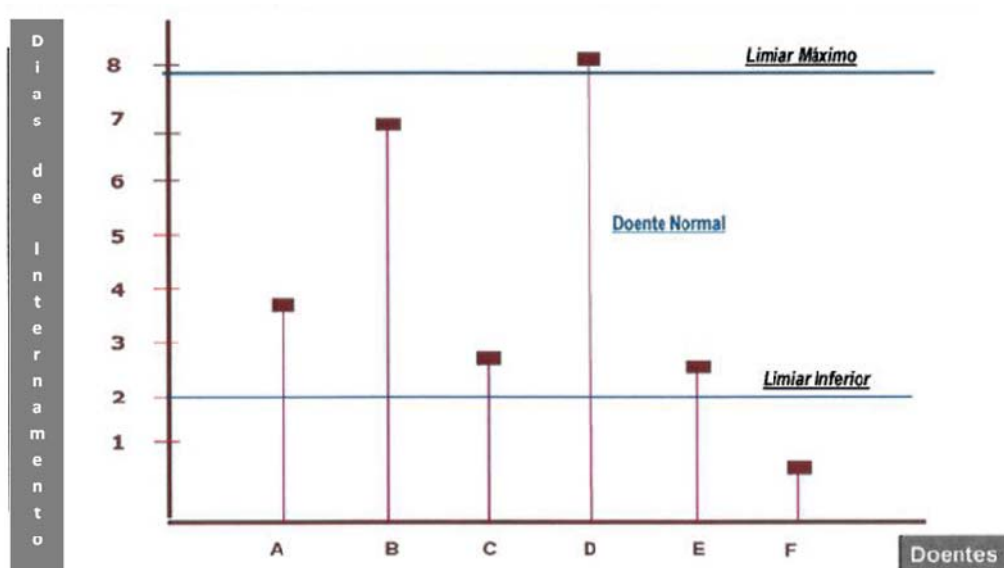
Cada GDH tem tempos definidos sendo o tempo mínimo designado por “Limiar Inferior” e o tempo máximo designado por “Limiar Máximo”. Deste modo um episódio

normal é considerado aquele cujo tempo de internamento se situa entre o “Limiar Inferior” e o “Limiar Máximo”, conforme definido na Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro.

Caso o tempo de internamento se situe fora destes limites é um “doente excepcional” (Bentes *et al*, 1996). Segundo a legislação em vigor, se o tempo de internamento for igual ou inferior ao “Limiar Inferior”, então estamos na presença de um “Episódio de Curta Duração”. Se por outro lado, o tempo de internamento for igual ou superior ao “Limiar Máximo”, então, estamos na presença de um “Episódio de Evolução Prolongada”.

Estas situações são facilmente perceptíveis se existir um processo de controlo estatístico dos casos excepcionais, conforme podemos observar através do exemplo da Figura 6.

**Figura 6** – Processo de Controlo Estatístico de Casos Excepcionais



Fonte: ACSS (2009)

Na observação da Figura 6, pode-se identificar o doente “D” como um “Episódio de evolução prolongada” e o doente “F” como um “Episódio de curta duração”. De referir que se trata de doentes equivalentes, com o mesmo tipo de patologia.

Esta análise tem particular interesse na medida em que se o hospital conseguir tratar os pacientes entre o limiar inferior e o limiar máximo está a ser mais eficiente. Se tratar em tempo inferior ao limiar inferior não está a ser eficiente porque o pagamento não

corresponde ao valor total do GDH respectivo mas apenas ao valor da diária. Acresce a este facto, de que se o paciente tiver um reinternamento num período de 72 horas a contar da alta, por exemplo por eventual alta precoce do internamento anterior, apenas haverá lugar ao pagamento do GDH do último internamento, com claro prejuízo para o hospital.

Se o hospital tratar acima do limiar máximo não está a ser eficiente porque o pagamento dos dias acima do limiar máximo são pagos de acordo com um valor de diária para internamento em Centro de Saúde, que corresponde apenas a diária hoteleira, que é manifestamente inferior ao valor da diária hospitalar.

Os GDH mostram-se, assim, um instrumento interessante do ponto de vista da análise de custos do funcionamento dos hospitais. No entanto, o impacto do modelo de financiamento nos hospitais foi um pouco limitado, no que respeita à componente do SNS. A grande vantagem do sistema verificou-se, quanto à facturação por GDH dos doentes beneficiários de subsistemas e outros terceiros pagadores, o que terá encorajado os hospitais a avaliarem o seu desempenho e a reduzirem os custos associados a ineficiências e a sobreutilização de recursos (Bentes *et al*, 1996).

A introdução dos GDH levou claramente a uma redução dos tempos de internamento, com consequente diminuição de custos, levando a um aumento da taxa de ocupação sem incremento do número de camas, devido à possibilidade de aumentar o número de admissões, traduzindo-se num melhor aproveitamento de recursos e numa maior eficiência (Rego, 2008).

Verifica-se, assim, que a introdução dos GDH permite a obtenção de informação sobre custos de tratamento, o que no caso de situações excepcionais possibilita averiguar o que esteve na base dessa desconformidade. Em casos de eventuais complicações derivadas do tratamento, no caso de episódios de evolução prolongada, estas vão ter certamente impactos económicos no sistema de saúde e impactos sociais e económicos nos pacientes, pelo que é importante que as organizações de saúde estejam atentas também a estes aspectos da prestação de cuidados de saúde.

### 3.4 – Aspectos Socioeconómicos da Prestação de Cuidados de Saúde

Como tem sido salientado anteriormente, aos cuidados de saúde estão inerentes determinados custos, que estão relacionados com os recursos necessários a assegurar a prestação directa desses mesmos cuidados. No entanto, essa mesma prestação de cuidados tem outros custos, que se verificam em situações de ocorrência de incidentes ou eventos adversos, resultantes de deficiências da qualidade assistencial e que podem estar na base de mortes desnecessárias, de incapacidades, de saúde precária e de custos elevados para o sistema (OCDE, 2007).

Nos Estados Unidos da América estima-se que, anualmente, os custos com eventos adversos evitáveis, incluindo perdas de rendimentos, incapacidades e despesas médicas, se situem entre 17.000 milhões e 29.000 milhões de dólares. Na Inglaterra, os custos com o aumento de dias de internamento e das indemnizações resultantes de processos relacionados com evento adversos situa-se nos 2.400 milhões de libras por ano (OMS, 2002).

Da análise destes números é possível verificar que a ocorrência de eventos adversos, principalmente quando são considerados evitáveis, sai muito caro às instituições de saúde, pelo que é importante fazer um esforço no sentido de melhorar os sistemas de prevenção de eventos adversos na prestação de cuidados, tanto por parte das organizações governamentais como das instituições e dos profissionais de saúde.

Para além da quantificação em valor monetário da ocorrência de eventos adversos, outros autores referem a quantificação de dias de internamento que não seriam de todo necessários se algo não corresse mal na prestação de cuidados.

Wilson *et al* (1995), através de um estudo retrospectivo, respeitante ao ano de 1992, na Austrália, estimaram que cerca de 3,3 milhões de dias de internamento eram atribuídos à ocorrência de eventos adversos. Neste estudo, referem ainda, que dos eventos identificados, 71% resultou em incapacidade não muito grave que se resolveu até 12 meses, 13,7% resultou em incapacidades permanentes e em 4,5% dos casos resultou na morte dos pacientes.

Também Vicent, Neale e Woloshynowych (2001), se referem a dados sobre dias de internamento extra, resultantes da ocorrência de eventos adversos, estimando apesar das limitações do estudo, que na Inglaterra e no País de Gales em função do total de admissões (8,5 milhões) o número de dias possa ser de 3 milhões anualmente. Além disso salientam que cerca de 66% dos indivíduos que sofreram eventos adversos, tiveram uma incapacidade mínima resolvida em cerca de um mês, 34% com incapacidade moderada, 6% com incapacidade permanente e 9% resultou em morte.

A preocupação maior resulta, do facto de que dos eventos adversos verificados neste estudo, 48% eram considerados evitáveis. Os autores reforçam ainda, o facto de que existem muitos outros eventos menores, que não são identificados e passam despercebidos no atendimento diário, mas que em conjunto têm enormes consequências económicas (Vicent, Neale e Woloshynowych, 2001).

Baker *et al* (2004) confirmam que a ocorrência de eventos adversos prolonga o internamento dos pacientes, provocando ainda incapacidade temporária ou permanente, existindo outros casos que resultam em morte dos pacientes. Os autores apresentam um estudo realizado no Canadá, em que os resultados sugerem, que no ano de 2000 ocorreram eventos adversos em 141.250 a 232.250 das 2,5 milhões de admissões em hospitais de agudos e que entre 9.250 a 23.750 resultaram em morte devido a eventos adversos evitáveis.

Estes números, por si só, são de facto constrangedores para os prestadores de cuidados, levando a uma série de reflexões, sobre o muito que ainda há a fazer para que os impactos negativos sejam minimizados. Também a área cirúrgica está aqui incluída, pois um dos aspectos que contribui grandemente para os custos, resultantes de eventos adversos, é a ocorrência da infecção da ferida cirúrgica.

Nos estados Unidos da América esta situação é responsável, anualmente, por 780.000 infecções, com um custo de 1,6 a 3 biliões de dólares respeitantes ao excesso de 3,7 milhões de dias de internamento. Na União Europeia os custos com a infecção de ferida cirúrgica situam-se entre 1,5 a 19,1 biliões de euros (OMS, 2008a).

As complicações cirúrgicas são assim uma importante causa de morte e de incapacidade em todo o mundo, sendo devastadoras para os pacientes e com custos elevados para as

instituições de saúde, muitas das vezes evitáveis, embora a sua prevenção requeira uma mudança nos sistemas e nos comportamentos individuais (Haynes *et al*, 2009).

De qualquer forma as estatísticas, por si só, não permitem uma apreciação completa do impacto dos efeitos adversos, pois devem ter-se em atenção os aspectos individuais, que o paciente traz para a interacção dos cuidados de saúde, que são únicos do ponto de vista físico, mental e emocional (*National Steering Committee on Patient Safety*, 2002).

É necessário estar consciente, de que para além destes custos económicos, existem outros tipos de impactos, nomeadamente o impacto social, pois se um paciente sofre um evento adverso, este terá consequências sobre o bem-estar psicológico e social, quer para o paciente quer para os que lhe são próximos (Sandars e Cook, 2007).

Após um evento adverso, os pacientes e familiares podem sofrer de duas maneiras distintas. A primeira, pelo facto de ter sido afectado pelo evento em si e a segunda pela maneira como irá ser resolvido o problema, uma vez que será tratado pelas mesmas pessoas que causaram o acidente, podendo levar a uma quebra de confiança (Vicent, 2007).

Vicent (2007), dá o exemplo da ocorrência de uma perfuração intestinal, em que vai ser necessário uma série de procedimentos adicionais e um tempo adicional no hospital, podendo ter como consequências, a longo prazo, a dor crónica, incapacidade, depressão com efeitos nocivos nas relações familiares e na capacidade de trabalho.

Sandars e Cook (2007), referem que o impacto do problema pode ser para o paciente mas também para os profissionais de saúde. Para o paciente pelo impacto do problema por si só acompanhado por emoções negativas (revolta ou desapontamento) e uma variedade de oportunidades perdidas como a nível financeiro ou da carreira como consequência do problema. Para os profissionais existe o sentimento de culpa e por vezes existe a potencial perda de salário ou da carreira, principalmente se o problema afectar a sua reputação a longo prazo.

No caso particular do paciente cirúrgico, Monahan *et al* (2010) mencionam que a cirurgia é uma experiência única que interfere com aspectos psicossociais dos pacientes e família, trazendo uma preocupação acrescida. Essas preocupações centram-se na



cirurgia e seus resultados mas também nas consequências temporárias e permanentes que poderão alterar o estilo de vida do paciente, bem como alterar os papéis que desempenha, a imagem corporal, o estado emocional, o retorno ao trabalho e consequentes implicações económicas.

A ocorrência de eventos adversos é, assim, um problema sério, que deve ser encarada de forma abrangente com todas as suas implicações. Isto ao nível da prestação directa de cuidados, quer ao nível dos recursos e meios necessários onde se inclui o financiamento, ao nível formativo e de aprendizagem dos profissionais, ao nível das implicações organizativas, ao nível das políticas e das prioridades de saúde e ainda ao nível das implicações sociais.

Os tempos prolongados de internamento, como consequência dos eventos adversos, para além do aumento de custos para tratar um paciente, retiram também a oportunidade de outro paciente ser internado, caso seja necessário. Aumenta, ainda, os dias de incapacidade para o trabalho, dos pacientes que estejam em idade activa, com as consequências que daí advêm para o paciente, para o sistema e para a família.

No que respeita aos impactos sociais, as incapacidades permanentes e a morte terão certamente efeitos devastadores nos indivíduos e famílias. Para além de diminuir a capacidade produtiva e aumentar o consumo de recursos económicos com compensações pelos danos.

Estes aspectos são ainda mais preocupantes do ponto de vista da análise do problema, quando existe a referência ao facto de que cerca de metade destes eventos são evitáveis, o que levará certamente a um aspecto mais amplo, que é a perda de confiança dos cidadãos no sistema de saúde e nas suas instituições.

## II – METODOLOGIA

Após a explanação de determinados conceitos teóricos e aspectos relacionados com a segurança do paciente cirúrgico e toda a sua envolvência, importa compreender como foi desenvolvido este estudo, com o objectivo de obter respostas a algumas inquietações.

Neste capítulo pretende-se assim apresentar de forma sistemática, os vários procedimentos adoptados durante as várias fases do estudo, fornecendo um plano geral que permita um melhor encaminhamento para a consecução dos objectivos formulados. São vários os autores que estudaram a metodologia dos trabalhos científicos.

Pinto (1990), define metodologia como a análise e descrição dos métodos científicos, os seus limites e potencialidades, assim como os pressupostos subjacentes à sua aplicação. Pode também ser definida como um conjunto de meios e passos que se promovem, até conduzir aos resultados (Costa e Melo, 1999).

Imperatori (1999: 221), refere-se à metodologia como o “estudo sistemático, por observação da prática científica, dos princípios que a fundamentam e dos métodos de pesquisa utilizados. Conjunto dos métodos e técnicas de um campo particular”.

Fortin (2009a), acrescenta que à utilização de um conjunto de técnicas e meios pressupõe-se em simultâneo a utilização de um processo racional que visa adquirir conhecimentos, obtendo respostas relativas a determinadas questões através da análise dos fenómenos que lhes estão inerentes. O objectivo fundamental de uma pesquisa é então descobrir as respostas para os problemas, mediante o emprego de procedimentos científicos (Gil, 1998).

Esses procedimentos fazem assim parte do método científico através dos quais os problemas científicos são formulados, dando uma orientação para o planeamento da investigação, para a formulação das hipóteses, para as experiências a realizar e para a análise e interpretação dos resultados (Barañano, 2004).

Tendo em conta os aspectos referidos acerca da metodologia, este capítulo será então dedicado à descrição da metodologia utilizada no presente estudo de investigação. Neste sentido serão apresentadas o problema e as questões e serão formuladas as hipóteses, discutidas as variáveis e sua operacionalização, a população e sua caracterização, o instrumento de colheita de dados, a sua construção e aplicação.

No que respeita ainda à metodologia, salienta-se o facto de que este estudo assenta numa metodologia quantitativa, uma vez que se pretende explicar e prever um fenómeno, pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos, estando baseada na observação de factos, acontecimentos e de fenómenos objectivos, comportando um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis (Fortin, 2009a).

Outro aspecto importante para a investigação é o desenho de investigação. Este visa responder às questões de investigação, tendo por objectivo controlar as potenciais fontes de inviesamento que podem influenciar os resultados do estudo. É um conjunto de directivas que precisa a forma de colher e de analisar os dados, de acordo com o que se pretende, descrever, explicar ou prever fenómenos (Fortin, 2009a).

De acordo com o exposto, o desenho de investigação deste estudo é de carácter exploratório descritivo. É descritivo porque “tem como objectivo primordial descrever as características de determinada população ou fenómeno, ou então o estabelecimento de relações entre as variáveis, e estudar características de um grupo (...)” (Gil, 1998: 45). É exploratório porque “tem como objectivo proporcionar familiaridade com o problema com vista a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, envolve um levantamento bibliográfico” (Gil, 1998: 45).

Antes de se passar ao problema concretamente dito, numa perspectiva de o contextualizar e situar, considera-se necessário caracterizar a instituição, onde se procederá ao estudo, permitindo deste modo um melhor enquadramento da situação.

## 1 - Caracterização da ULS da Guarda, EPE.

A organização dos cuidados de saúde tem sido uma preocupação contínua dos governos, levando à introdução de políticas e medidas que melhorem a qualidade dos seus serviços e reduzam os custos, tal como foi evidenciado no capítulo anterior, para que as instituições possam responder eficazmente às necessidades das populações.

Com vista a uma maior acessibilidade e a uma maior efectividade dos cuidados de saúde, foram instituídos os Sistemas Locais de Saúde através do Decreto-Lei nº 156/99 de 10 de Maio, estabelecendo que sejam um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, facilitadores da participação social e que, em articulação com a rede de referência hospitalar, concorram para o efectivo desenvolvimento e fortalecimento do SNS.

O mesmo Decreto-Lei refere que este tipo de sistema é constituído por centros de saúde, hospitais e outros serviços da área da saúde, independentemente de serem públicos ou privados, que estejam inseridos numa determinada área geográfica de uma região de saúde.

Dando continuidade aos princípios contidos na lei, foi então criada em Portugal a primeira Unidade Local de Saúde (ULS), a de Matosinhos, ao abrigo do Decreto-Lei nº 207/99 de 9 de Junho. Esta foi uma experiência inovadora na partilha de recursos e conhecimentos entre os cuidados de saúde primários (Centros de Saúde) e os cuidados diferenciados (Hospitais), concretizando uma reengenharia do sistema de saúde, partilhando para além dos recursos, responsabilidades e introduzindo também a este nível uma gestão do tipo empresarial.

Na sequência desta experiência, atendendo a critérios geográficos numa perspectiva de cuidados de proximidade, com melhoria da articulação dos cuidados primários e os cuidados diferenciados, foram criadas alguns anos mais tarde, ao abrigo do Decreto-Lei nº 183/2008 de 4 de Setembro de 2008, outras Unidades Locais de Saúde onde se inclui a Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE.

A ULS da Guarda é constituída, pelos Centros de Saúde do Distrito da Guarda<sup>23</sup> e respectivas extensões, com excepção de Aguiar da Beira e de Vila Nova de Foz Côa, associadas às organizações hospitalares Hospital Sousa Martins da Guarda e Hospital Nossa Senhora da Assunção de Seia, tornando-se assim a principal organização de saúde do Distrito da Guarda.

A população da sua área de influência é de 156.466 residentes, caracterizada por uma população envelhecida<sup>24</sup>, sendo o escalão etário mais representativo o escalão entre os 25 anos e os 64 anos com 81.802 indivíduos, seguido do escalão acima dos 65 anos com 39.005 indivíduos, existindo apenas 35.659 indivíduos entre os 0 e os 24 anos. A acrescer a este facto em termos populacionais, deve-se salientar ainda que o número de nados vivos foi apenas de 1019 entre 2007 e 2008, um número inferior a metade dos óbitos com 2414 (INE, 2009).

Pode-se referir, ainda, que a ULS da Guarda tendo uma capacidade de 387 camas, destacando ao nível dos recursos humanos para as duas unidades hospitalares, o facto de existirem 109 Médicos e 409 Enfermeiros (DGS, 2010).

Quanto à actividade assistencial no ano de 2008, verificou-se um número de 12.338 doentes saídos, a que corresponderam 96.202 dias de internamento, para uma taxa de ocupação de 68,1% e uma demora média de 7,8 dias, registando-se ainda 92.269 consultas (DGS, 2010).

No caso específico da área cirúrgica constatamos a existência de 165 camas, registando-se 42.643 consultas de especialidades cirúrgicas e 7.312 intervenções cirúrgicas, correspondendo a 6.365 doentes saídos para um tempo de internamento de 35.194 dias, para uma taxa de ocupação de 58,4% e uma demora média de 5,5 dias (DGS, 2010).

---

<sup>23</sup> Os centros de saúde que constituem a ULS da Guarda são: Guarda, Celorico da Beira, Fornos de Algodres, Gouveia, Seia, Sabugal, Manteigas, Almeida, Figueira de Castelo Rodrigo, Pinhel, Trancoso e Mêda.

<sup>24</sup> O índice de envelhecimento é de 215,4 (DGS, 2009).

A ULS da Guarda possui um total de 19 especialidades médicas e cirúrgicas, onde as médicas são: Cardiologia, Dermatologia, Gastrenterologia, Medicina Interna, Neurologia, Patologia Clínica, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia e a Reumatologia.

Quanto à área cirúrgica esta é constituída pelos serviços de Anestesiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia, Obstetrícia, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e a Urologia. Faz ainda parte da área cirúrgica o Bloco Operatório a que correspondem 5 salas de operações na unidade da Guarda e 2 salas de operações na unidade de Seia.

Ao nível de financiamento, de acordo com o que foi referido em capítulos anteriores, tem havido um esforço de o ajustar à introdução de modelos prospectivos, através do estabelecimento de contratos-programa pretendendo uma maior responsabilização por parte das instituições de saúde no controlo das despesas numa óptica de optimização dos recursos.

Assim, para as ULS, foi definido o estabelecimento de um contrato-programa com determinados objectivos a atingir e um mecanismo de pagamento por capitação, ou seja, um valor *per capita*, com base na população residente abrangida, de acordo com determinadas projecções efectuadas onde também são tidos em linha de conta, determinados fluxos analisados na base de dados dos GDH (ACSS, 2009).

Segundo a ACSS (2009), a determinação do orçamento prospectivo de valor capicional tem em atenção duas grandes categorias:

1. A população em risco que inclui as características da população que predispõe a uma maior necessidade de cuidados de saúde e as necessidades efectivas de saúde da população;
2. A prestação de cuidados que inclui os padrões de utilização de cuidados de saúde primários, produção hospitalar em internamento e os custos associados à necessidade de dispersão geográfica na prestação de cuidados de saúde.

A execução do contrato-programa e respectivo orçamento, está sujeito a determinados condicionalismos e penalizações. Os condicionalismos dizem respeito ao facto de não ultrapassar determinadas metas quanto a despesas com pessoal, com compras,

consumos e fornecimentos e serviços externos. As penalizações estão relacionadas com a inobservância de objectivos institucionais de qualidade e eficiência ou ao incumprimento dos serviços hospitalares.

Os objectivos institucionais são definidos de forma a serem ambiciosos mas ao mesmo tempo realizáveis conduzindo a ULS a melhores níveis de qualidade e de desempenho, melhorando ainda a acessibilidade da população abrangida aos cuidados de saúde, tendo o seu cumprimento um benefício financeiro para a instituição de acordo com uma percentagem do valor do orçamento. Deste modo, os objectivos institucionais são definidos de acordo com as seguintes áreas:

- Qualidade e serviço;
- Acesso;
- Desempenho assistencial;
- Desempenho económico e financeiro.

Para o estabelecimento do contrato-programa para 2010 foram tidas em conta três variáveis que são responsáveis por 40% da despesa em cuidados de saúde (ACSS, 2010). Essas variáveis são:

1. Taxa de População Residente Feminina – Proporção da população residente feminina (para 2010 foi de 52,4%);
2. Índice de Dependência Total – Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade activa por 100 habitantes 8 para 2010 foi de 57,3);
3. Escolaridade – Proporção da população residente com pelo menos a escolaridade obrigatória (para 2010 foi de 34,5%).

Com a introdução destas variáveis associadas às necessidades em saúde com relação à mortalidade padronizada, chegou-se para o ano de 2010, ao valor de 747€ *per capita*. De acordo com a população residente abrangida pela ULS da Guarda, após a introdução de uma trajectória de ajustamento para o orçamento prospectivo, resulta num orçamento no valor de 90.066.621€(ACSS, 2010).

Deste modo, a responsabilidade da ULS em garantir os cuidados de saúde, necessários à população da sua área de influência, exige uma preocupação com a optimização dos recursos e uma melhor articulação entre os centros de saúde e os hospitais. Exige, ainda um adequado aproveitamento da capacidade instalada, sem descuidar a qualidade dos serviços prestados, para que se possa minimizar a ocorrência de eventos adversos nos pacientes, que recorrem aos seus serviços.

## 2 – Problema

O ponto de partida de qualquer investigação é uma situação problemática, que cria determinada inquietação e por conseguinte desperta o interesse numa tentativa de melhor se compreender que tipo de fenómeno está inerente a esse mesmo problema.

Barañano (2004) refere, que deverá procurar-se uma problemática a tratar dentro da área de estudo, para que depois se possa definir o fio condutor na abordagem dessa temática. Já Fortin (2009a), explica que é por via dedutiva que se formula o problema de investigação, devendo-se argumentar de forma a que o problema em questão esteja plenamente justificado.

Segundo Polit e Hungler (1995), os problemas de investigação são redigidos em forma de indagações acerca da maneira pela qual os fenómenos estão relacionados e interagem. Acrescentam, ainda, que a sua elaboração constitui o primeiro passo do processo científico, no qual uma boa pesquisa depende em grande parte de boas indagações.

Face ao exposto, o problema só terá interesse se for sentido pelos profissionais como uma necessidade e se contribuir para a alteração de comportamentos na melhoria dos cuidados aos pacientes, procurando-se assim encontrar soluções ou possíveis soluções para o problema que possam trazer melhoria da prática assistencial.

Neste contexto a problemática que esteve na base deste trabalho está relacionada com o facto de se tentar compreender se existe uma cultura de segurança do paciente devidamente implementada nos serviços cirúrgicos, que permita aos profissionais a



melhoria do seu desempenho e a consciencialização dos impactos de práticas não seguras, uma vez que não se percebe a existência de qualquer sistema de informação de eventos adversos.

### 3 - Questões de Investigação

As questões de investigação resultam da inquietação referida anteriormente, estando de acordo com o domínio da investigação e com o objectivo de obtenção de informações para a obtenção de respostas sobre a problemática em estudo.

Segundo Fortin (2009b), as questões de investigação são enunciadas na interrogativa, escritas no presente de forma precisa, incluindo uma ou duas variáveis e a população a estudar. Devem especificar os aspectos a estudar decorrentes do objectivo. A forma de colocar as questões determina os métodos que irão ser utilizados para obter uma resposta.

Ainda segundo Fortin (2009b), as questões de investigação são utilizadas nos estudos exploratórios/descritivos e por vezes também nos correlacionais, sendo mais precisas do que propriamente o objectivo de onde elas decorrem.

Perante a problemática identificada, numa tentativa de obtenção de respostas, foram formuladas as seguintes questões:

4. Existe uma cultura de segurança nos serviços cirúrgicos, que facilite a aprendizagem com os erros ou com os eventos adversos, para que outros pacientes e profissionais não sejam afectados com os mesmos acontecimentos?
5. Existe um sistema implementado de comunicação e tratamento de eventos adversos na ULS da Guarda?
6. Qual o impacto socioeconómico dos eventos adversos nos pacientes cirúrgicos no ano de 2008, na ULS da Guarda, EPE?

Para se poder dar resposta a estas questões, foram delineados dois estudos em paralelo sobre a realidade da instituição de saúde em causa, no ano de 2008. O *Estudo 1* pretende

verificar a cultura de segurança, enquanto que o *Estudo 2* pretende analisar os aspectos socioeconómicos relacionados com os eventos adversos nos pacientes cirúrgicos.

Uma vez que os referidos estudos contemplam metodologias diferentes, apresentam-se de forma individualizada os aspectos metodológicos inerentes a cada um, como a seguir se pode verificar.

#### **4 – Estudo 1: Avaliação sobre a Cultura de Segurança**

Com este estudo pretende-se perceber a cultura de segurança existente na instituição, permitindo dar resposta às duas primeiras questões de investigação, estando contidos na investigação os aspectos a seguir descritos.

##### **4.1 - Hipóteses**

A hipótese é uma visão ou tentativa de explicação provisória da relação entre duas ou mais variáveis (Polit e Hungler, 1995). A mesma opinião é partilhada por Fortin (2009b), pois considera a hipótese como um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis, incluindo ainda a população-alvo e o tipo de investigação a realizar.

Para Lakatos e Marconi (2004), as hipóteses diferenciam-se da questão de investigação a realizar, referindo que as hipóteses são uma proposição enunciada na tentativa de responder a um problema. Estas devem então justificar o trabalho da parte empírica da investigação (Hill e Hill, 2000).

Quanto às questões relativas à cultura de segurança, verifica-se que vários autores se referem a várias dimensões, constatando-se que algumas são comuns a vários estudos como a influência da comunicação, do trabalho em equipa e da liderança (Vicent, Taylor-Adams e Stanhope, 1998; Baker *et al*, 2004; Colla *et al*, 2005; NPSA, 2006; Sorra *et al*, 2008; OMS, 2008b).

Deste modo, atendendo às questões de investigação e de acordo com os objectivos do estudo, formulamos as seguintes hipóteses:

- *H1 – A liderança influencia a cultura de segurança nos serviços;*
- *H2 – A comunicação aberta influencia a cultura de segurança;*
- *H3 – O trabalho de equipa influencia a cultura de segurança.*

Após a formulação das hipóteses importa clarificar as variáveis inerentes ao estudo em causa, uma vez que estas são elementos constitutivos das hipóteses.

#### **4.2 – Variáveis em Estudo**

Existem aspectos observáveis de um fenómeno, que apresentam variações ou diferenças em relação ao mesmo ou a outros fenómenos, aspectos estes, que segundo Richardson (1989) são considerados como variáveis.

A variável é então, uma característica ou atributo de uma pessoa ou objecto, que pode assumir valores diferentes para uma dada população, ou seja, toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia (Polit e Hungler, 1995).

Para Lakatos e Marconi (2004), variável também pode ser considerada uma classificação ou medida, em que são adicionados valores ao conceito, tais como: quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços, que se alteram em cada caso particular.

Por sua vez, Fortin (2009b) refere que correspondendo as variáveis a características de pessoas, de objectos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores, umas podem ser controladas e outras podem ser manipuladas.

Os tipos de variáveis mais correctamente apresentadas nas obras metodológicas são as variáveis dependentes e independentes, sendo a variável dependente também denominada de variável crítica ou explicada, a que sofre o efeito esperado da variável independente. É o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente (Fortin, 2009b). Assim, também este estudo apresenta variáveis dependente e independentes.

### *Variável dependente*

A variável dependente é o resultado que interessa ao pesquisador, formulada como uma hipótese para depender de outra variável ou para ser causada por outra variável (Polit e Hungler, 1995). Assim, foi definida como variável dependente para este estudo a “*Cultura de Segurança*” relativamente ao paciente, nos serviços cirúrgicos da ULS da Guarda.

Segundo a OMS (2008b), cultura de segurança do paciente compreende atitudes, valores e normas relacionadas com a segurança do paciente. Para o estudo da cultura de segurança na ULS da Guarda, EPE, foram agrupados dez itens do questionário, como apresentado no Quadro 2.

**Quadro 2** – Dimensão Cultura de Segurança

<b>Cultura de Segurança</b>
Q1. A cultura deste serviço facilita a aprendizagem com os erros de outros.
Q2. O meu serviço faz um bom trabalho na gestão do risco para garantir a segurança do paciente.
Q8. Os erros levaram a mudanças positivas no serviço.
Q9. Após a introdução de alterações para melhoria da segurança do paciente, avaliamos a sua eficácia.
Q10. Neste serviço, discutem-se formas de prevenir erros para que não ocorram novamente
Q12. Estamos continuamente a desenvolver processos para melhorar a segurança do paciente.
Q15. Trabalho numa unidade onde a segurança do paciente tem uma elevada prioridade.
Q16. A segurança do paciente nunca é sacrificada na obtenção de maior produtividade.
Q35. Este serviço está a fazer mais pela segurança do paciente, do que fazia há um ano atrás.
Q39. A segurança do paciente é constantemente reforçada como uma prioridade, neste serviço.

### *Variáveis independentes*

As variáveis independentes são aquelas que afectam a variável dependente, pretendendo-se medir o efeito provocado, para melhor compreensão do fenómeno (Fortin, 2009b). A sua influência sobre a variável dependente permite ainda caracterizar a população em estudo (Richardson, 1989).

Para que se perceba melhor, do que se trata quando falamos em cada uma delas é necessário proceder à sua operacionalização. O mesmo é salientado por Rodrigues (1998), referindo a necessidade de um trabalho de construção e selecção, tornando-as assim compreensivas e operáveis, devendo obedecer a três fases. A primeira é a definição de conceitos, a fase seguinte a determinação de dimensões ou categorias, sendo a última a fase de precisar os indicadores.

Fortin (2009b), refere-se à operacionalização das variáveis de forma mais simples e entendível, como um processo metodológico, pelo qual, um conceito é definido após se terem feito observações empíricas.

Deste modo e atendendo à revisão da literatura, definiram-se como variáveis independentes a “*comunicação*”, o “*trabalho em equipa*” e a “*liderança*”, tendo-se em conta para a sua operacionalização o estudo de Sorra *et al* (2008), considerando-se os itens que a seguir se apresentam.

### *Comunicação Aberta*

A dimensão da comunicação aberta está relacionada com o facto de os profissionais falarem abertamente sobre os erros, receberem informação sobre os mesmos e discutirem medidas de melhoria para cuidados mais seguros.

Para a operacionalização desta dimensão, agruparam-se cinco itens do questionário, conforme se apresenta no Quadro 3, estando todos eles de acordo com os critérios estabelecidos, numa perspectiva de compreender o processo comunicacional, entre os vários profissionais, nos seus serviços.

**Quadro 3 – Dimensão Comunicação Aberta**

<b>Comunicação Aberta</b>
Q7. Falar com os outros sobre os meus erros é embaraçoso.
Q25. Somos informados acerca dos erros que acontecem neste serviço.
Q32. Face a qualquer situação que me ocorra, referente à segurança do paciente, sou encorajado pelos meus colegas a comunicar.
Q40. A informação obtida através de incidentes é utilizada para que os cuidados ao paciente sejam mais seguros.
Q42. Nesta unidade é difícil discutir os erros.

### *Trabalho em Equipa*

A dimensão do trabalho em equipa está relacionado com o facto de os profissionais se apoiarem mutuamente, tratando-se com respeito e trabalhando em conjunto como uma equipa.

Para a operacionalização desta dimensão, agruparam-se quatro itens do questionário, como se pode observar no Quadro 4.

**Quadro 4 – Dimensão Trabalho em Equipa**

<b>Trabalho em Equipa</b>
Q24. Os médicos e os enfermeiros trabalham como uma equipa bem coordenada.
Q28. Estou satisfeito com a qualidade da colaboração que tenho obtido da equipa médica deste serviço.
Q29. Estou satisfeito com a qualidade da colaboração que tenho obtido da equipa de enfermagem deste serviço.
Q30. Este serviço desenvolve um bom trabalho no treino de novo pessoal.

### *Liderança*

Neste contexto considera-se que a liderança providencia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e mostra que a mesma é uma prioridade.

Para a operacionalização desta dimensão, agruparam-se três itens do questionário, conforme se constata no Quadro 5.

**Quadro 5 – Dimensão Liderança**

Liderança
Q4. A chefia cria um clima que promove a segurança do paciente.
Q13. A chefia parece interessada na segurança do paciente apenas quando um evento adverso acontece.
Q43. O meu superior, neste serviço, ouve-me e tem em conta as minhas preocupações.

### 4.3 – População

Em qualquer investigação é necessário tomar decisões sobre que pessoas ou elementos se devem incluir no estudo, para a obtenção de dados ou informações relacionadas com o fenómeno, de modo a que esses elementos sejam representativos. A colecção destes elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios designa-se de população (Fortin, 2009b).

Hill e Hill (2000), acrescentam que para o conjunto de casos, para os quais se pretendem tirar conclusões, pode dar-se o nome de população ou universo, uma vez que população poderá levar, incorrectamente, ao erro de se considerar que apenas se aplica quando estão em causa pessoas. No entanto, para o presente estudo a opção recai sobre a designação de população.

No caso de os elementos objecto de estudo pertencerem a situação particular, como a uma região, a uma cidade ou a um hospital, que satisfazem os critérios de selecção definidos, Fortin (2009b) refere que esta toma a designação de população-alvo.

Perante estes aspectos, foram considerados como critérios de selecção para os elementos constituintes da população em estudo, aqueles que tivessem como profissão ser enfermeiros ou médicos e que desempenham funções nos seguintes serviços da área cirúrgica da ULS da Guarda:

- Ortopedia Homens;
- Ortopedia Mulheres;
- Cirurgia Homens;

- Cirurgia Mulheres;
- Ginecologia;
- Obstetrícia;
- Otorrinolaringologia e Oftalmologia;
- Bloco Operatório Central;
- Bloco Operatório de Seia;
- Serviço de Cirurgia de Seia;

Desta forma a população deste estudo é constituída por 196 sujeitos (161 enfermeiros e 35 médicos), que desempenham directamente funções nos serviços mencionados, sendo então esta a nossa população-alvo, a quem foi aplicado o questionário.

#### 4.4 – Instrumento de Colheita de Dados

A escolha do método de colheita de dados, deve fazer-se em função das variáveis e da sua operacionalização bem como da estratégia de análise estatística considerada, pois os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos em estudo, cabendo ao investigador determinar o tipo de instrumento a utilizar para medir o que pretende, de acordo com as questões de investigação ou as hipóteses (Fortin, 2009b).

Na opinião de Guathier *et al* (1998), o instrumento de colheita de dados utilizado pelo investigador, tendo em vista a recolha de informação, deve ser pertinente e o mais adequado à concretização do estudo.

Os métodos de colheita de dados existentes são vários, destacando-se para a avaliação de dados subjectivos as observações, as entrevistas ou os questionários (Fortin, 2009b), sendo a utilização do questionário o método mais utilizado pelos investigadores (Fortin, 2009a).

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992), a utilização do questionário é vantajosa, pois permite o anonimato, dando às pessoas maior liberdade para expressarem as suas opiniões, permitindo ainda, economia de tempo, tornando possível a sua aplicação a um número de indivíduos simultaneamente, não havendo influência directa do inquiridor.



Em qualquer estudo o investigador opta então por um instrumento de colheita de dados em função do tema, dos objectivos, da população ou da amostra a quem se destina, do horizonte temporal e ainda dos recursos financeiros para a realização da pesquisa.

De acordo com estes aspectos, para este estudo optou-se pela utilização de um questionário. O questionário desenvolvido, baseou-se em vários questionários utilizados nos Estados Unidos pela Agency for Healthcare Research and Quality (Sexton *et al*, 2006).

Deste modo, resultou um questionário (Anexo 4) dividido em quatro partes, onde a primeira parte é dedicada à avaliação dos profissionais acerca de alguns aspectos sobre a segurança do paciente nos seus serviços, constituído por 44 afirmações, algumas apresentadas na negativa, validadas numa escala de Likert, baseada em 5 níveis de concordância (Discordo Plenamente, Discordo, Não Concordo Nem Discordo, Concordo, Concordo Plenamente).

Na segunda parte pretendeu-se verificar a existência de um sistema de comunicação de eventos adversos, como ainda o número de comunicações que cada profissional efectuou ao longo do ano de 2008. Relativamente à terceira parte pretendeu-se perceber qual a classificação que cada profissional atribui ao seu serviço quanto à segurança do paciente numa escala de 5 níveis (Inexistente, Pobre, Aceitável, Muito Boa ou Excelente). Por fim temos a quarta parte onde se concretiza a caracterização de cada profissional quanto ao género (Masculino e Feminino), quanto à idade (definida por grupos etários: 20 a 30 anos, 31 a 40 anos, 41 a 50 anos, 51 a 60 anos e > 60 anos), e quanto à profissão (Médico e Enfermeiro).

Para a construção do questionário, utilizou-se a metodologia proposta por Hill e Hill (2000:81), de “traduz - retraduz” (*translate - translate back*), uma vez que os questionários estudados estavam validados para a língua inglesa, sendo necessário verificar em termos de linguagem se estava adequado à população alvo. As variáveis foram traduzidas para a língua portuguesa, tendo posteriormente sido retraduzidas para a língua inglesa por uma pessoa portuguesa a viver em Inglaterra e uma pessoa de nacionalidade americana a viver em Portugal.

Para verificar se as questões são bem compreendidas é necessário realizar o pré-teste, que consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra, entre 10 a 30 sujeitos, que reflecta a diversidade da população alvo (Fortin, 2009b).

Para a validação do questionário, foi então realizado um pré-teste com a aplicação a 6 enfermeiros e 4 médicos, seleccionados por conveniência entre os dias 01 e 03 de Abril de 2009, onde foram registados alguns reparos acerca de questões de confidencialidade dos dados e algumas questões de linguagem em certas afirmações, que foram prontamente corrigidas.

Após as correcções introduzidas aplicámos o re-teste entre os dias 13 e 16 de Abril de 2009, a 4 médicos e a 6 enfermeiros, que estavam de serviço. Passámos à aplicação definitiva do questionário depois da análise do resultado do re-teste, pois os inquiridos não apresentaram mais dúvidas pertinentes.

#### **4.5 – Procedimentos Formais e Éticos**

Para a aplicação do questionário, foi solicitada autorização ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da ULS Guarda, EPE, através de requerimento (Anexo 5) acompanhado de um exemplar do questionário que aplicámos.

Deste pedido, consta o objectivo do estudo, bem como a garantia de anonimato e confidencialidade das respostas, como ainda a possibilidade de facultar à instituição o livre acesso às conclusões do estudo, caso exista interesse.

#### **4.6 – Colheita de Dados**

A colheita de dados deve ser um método de recolha de informação bem delimitada no tempo, atendendo sempre à confidencialidade dos inquiridos (Polit e Hungler, 1995). Este processo consiste na recolha de forma sistemática da informação pretendida, junto dos sujeitos seleccionados para o fim pretendido (Fortin, 2009b).

Desta forma, a colheita de dados ocorreu entre os dias 4 de Maio e 4 de Junho de 2009. Os questionários foram distribuídos pessoalmente, pelos serviços anteriormente especificados, às equipas médicas e de enfermagem. Estes foram-nos entregues “em

mão”, colocados num envelope. No final do prazo foram recepcionados 132 questionários, preenchidos adequadamente.

#### 4.7 – Tratamento Estatístico

De acordo com Polit e Hungler (1995), os procedimentos estatísticos servem para capacitar o investigador a reduzir, organizar, analisar, interpretar e comunicar a informação numérica.

A estatística apresenta-se sob duas formas que podem ajudar o investigador a apresentar os dados obtidos. A descritiva, permite resumir a informação numérica de forma estruturada de modo a obter-se uma imagem geral das variáveis, enquanto a inferencial permite determinar, se as relações observadas entre as variáveis podem ser generalizadas (Dagnelie, 1973; Fortin, 2009b).

Constata-se assim a importância do tratamento estatístico, pelo que para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizou-se o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 17.0 for Windows.

A metodologia aqui utilizada baseia-se então na aplicação da estatística descritiva e inferencial multivariada. Na primeira recorre-se a informação obtida através das frequências absolutas e relativas. Na aplicação da estatística multivariada recorre-se à análise de *clusters*, para verificar como se ordenam os profissionais de saúde relativamente ao seu comportamento em termos de segurança do paciente e de forma a agrupá-los segundo a sua atitude.

Para verificar as hipóteses formuladas recorreu-se à aplicação de testes de diferenças múltiplas de médias, para aferir as características únicas de cada grupo/*cluster*.

### 5 - Estudo 2: Análise Socioeconómica

A metodologia para este estudo assenta também em princípios já referenciados pelos autores, no entanto difere da metodologia do *Estudo 1*, pois os dados a obter e a

informação a produzir é substancialmente diferente do anterior. Deste modo será apresentada a metodologia utilizada para este caso concreto.

Pretende-se com este *Estudo 2*, aferir os dias de internamento adicional nos serviços cirúrgicos, sendo apresentado também por vários autores (Vicent, Neale e Woloshynowych, 2001; OMS, 2002; Baker *et al*, 2004), como uma das consequências da ocorrência de eventos adversos, que se traduz em custos para o sistema.

A colheita de dados efectuou-se através da base de dados dos GDH<sup>25</sup> da ULS da Guarda, referentes ao ano de 2008. Para a selecção da população, utilizou-se como critério todos os pacientes saídos com GDH cirúrgico, nos serviços referenciados, no ano de 2008, sendo então constituída por 3704 casos.

Relativamente à ocorrência de eventos adversos nos casos referidos, utilizou-se como critério os eventos descritos no ICD-9-CM 2003 (Hart e Hopkins, 2003), com os códigos seguintes:

- 998.3 – Ruptura da ferida operatória (onde se inclui a deiscência da ferida operatória);
- 998.4 – Corpo estranho deixado acidentalmente durante um procedimento;
- 998.5 – Infecção pós-operatória;
- 996.66 – Infecção e reacção inflamatória relacionada com prótese das articulações (onde se inclui a prótese do joelho e da anca);

A opção sobre os códigos mencionados está relacionada com o facto de que a infecção da ferida operatória é uma das complicações mais frequentes e referenciada por vários autores (Runciman, Edmonds e Pradham, 2002; Gawande *et al*, 2003; OMS, 2008a; Wenzel, 2010). Após a verificação dos casos em que ocorreram eventos adversos, utilizou-se então como variável o “*Tempo de Internamento Adicional*”.

Segundo a Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro, tempo de internamento significa o total de dias utilizados pelos doentes internados nos diversos serviços de um

---

<sup>25</sup> Grupos de Diagnósticos Homogéneos.

estabelecimento de saúde com internamento num período, exceptuando os dias das altas dos mesmos doentes nesse estabelecimento de saúde.

Perante a definição, para a operacionalização da variável, foram consideradas duas situações. Para a primeira situação, nos casos em que ocorram complicações no internamento, no qual se realizou a intervenção cirúrgica, serão tidos em conta os dias de desvio superior, em relação ao tempo médio corrigido para o GDH em causa. Para a segunda situação, nos casos de reinternamento por complicação, decorrente da intervenção cirúrgica serão tidos em conta a totalidade de dias de internamento.

No que se refere aos custos, que decorrem dos dias adicionais de internamento, foram calculados com base no valor da diária do GDH correspondente, pelo número de dias adicionais.

Os dados, serão apresentados sob a forma de quadros e tabelas, para melhor percepção dos critérios utilizados e dos valores em causa. A nível estatístico, apenas serão utilizadas medidas descritivas.

## **IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo pretende-se apresentar e analisar os dados obtidos, de forma a que sejam perceptíveis, permitindo compreender os aspectos relacionados com a segurança do paciente cirúrgico, bem como o impacto socioeconómico decorrente de resultados não desejados nas práticas dos cuidados de saúde.

Uma vez que os dados por si só não respondem às indagações da pesquisa, necessitam ser processados e analisados de uma forma ordenada e coerente. Assim os dados colhidos deverão ser submetidos a vários tipos de análise e interpretação (Polit e Hungler, 1995).

Segundo Gil (1998), o processo de análise de dados envolve diversos procedimentos, nomeadamente: codificação de respostas, tabulação de dados e cálculos estatísticos. Além disso, a sua apresentação num estudo envolve em geral a descrição, a análise e interpretação dos dados. Assim na fase da análise dos resultados recorre-se a técnicas de estatística descritiva, com o objectivo de sintetizar a informação contida nos dados (Guimarães e Cabral, 1997).

No que respeita à discussão dos resultados, discute-se os principais resultados em função do problema de investigação, das questões ou das hipóteses, estabelecendo comparações com resultados de outros estudos relacionados com o quadro de referência, devendo incluir-se na discussão dos resultados, as limitações conhecidas do estudo (Fortin, 2009b).

### **1 – Análise de Dados**

Uma das fases do estudo estatístico é a análise e interpretação dos dados, podendo ser decomposta em duas etapas, a dedutiva ou descritiva e a indutiva. A Descritiva permite resumir e apresentar dados observados para que possam ser facilmente reconhecidos, enquanto a indutiva ou inferência estatística permite estender ou generalizar as conclusões obtidas em certas condições (Dagnelie, 1973).

Deste modo, os procedimentos estatísticos utilizados na análise dos dados do presente estudo são de natureza descritiva e inferencial. A nível da estatística descritiva são apresentadas as frequências absolutas e relativas. Para melhor compreensão serão apresentados os dados para cada um dos estudos referenciados, de forma individualizada. A nível da estatística inferencial, serão apresentados dados resultantes da análise multivariada.

### 1.1 – Estudo 1: Avaliação sobre a Cultura de Segurança

Para a análise dos dados referentes a este estudo, utilizam-se os resultados obtidos pela aplicação do questionário. Na perspectiva de facilitar a compreensão dos dados, irá recorrer-se à apresentação de tabelas e gráficos de elaboração própria.

#### *Caracterização da Amostra*

A amostra em estudo representa 67,3% da população-alvo. Em termos gerais é maioritariamente constituída por elementos do sexo feminino, com 71,8%, correspondendo ao sexo masculino 28,2% dos inquiridos, conforme se pode observar na Tabela 3.

**Tabela 3** – Distribuição da Amostra quanto ao Género

Género	F	%
Masculino	38	28,2
Feminino	94	71,8
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>

Quanto à profissão, é constituída por 105 enfermeiros (80,8%) e 25 médicos (19,2%), tal como se apresenta na Tabela 4. Esta diferença corresponde ao inicialmente previsto, uma vez que o grupo profissional de enfermagem é mais representativo nos serviços de saúde que os médicos, tal como se verifica nos dados da DGS (2010), bem como nos

números apresentados ao nível da inclusão de sujeitos na população-alvo<sup>26</sup>. Verificou-se ainda que dois inquiridos que responderam ao inquérito não indicaram a profissão.

**Tabela 4** – Distribuição da Amostra quanto à Profissão

<b>Profissão</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Médico	25	19,2
Enfermeiro	105	80,8
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>

No que diz respeito à idade (Tabela 5), a classe dos 31 aos 40 anos é a mais representativa (37,1%) seguida da classe dos 41 a 50 anos (33,3%). Podemos então constatar que cerca de 70% dos inquiridos deste estudo se situam entre os 31 anos e os 50 anos de idade.

**Tabela 5** – Distribuição da Amostra quanto à Idade

<b>Classes</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
20 a 30	24	18,2
31 a 40	49	37,1
41 a 50	44	33,3
51 a 60	14	10,6
>60	1	0,8
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>

De acordo com o Gráfico 1, onde estão representadas as classes relativas ao tempo de serviço, constata-se que a classe dominante é aquela em que os sujeitos têm um tempo

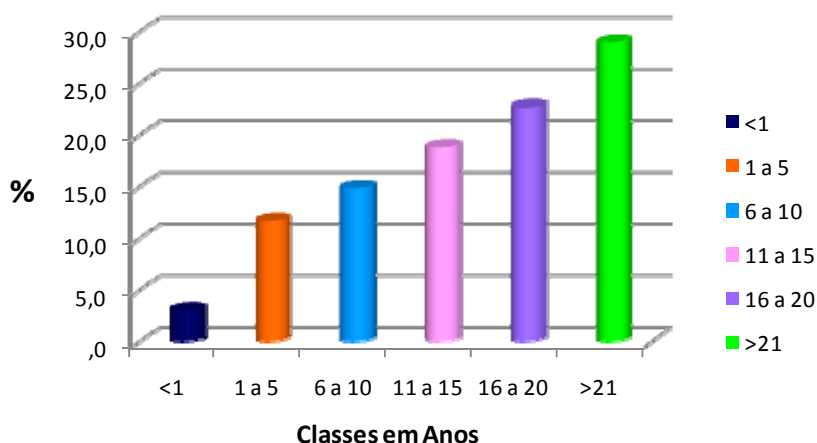
---

<sup>26</sup> A População-alvo do estudo é composta por 161 enfermeiros (82%) e 35 médico (18%).



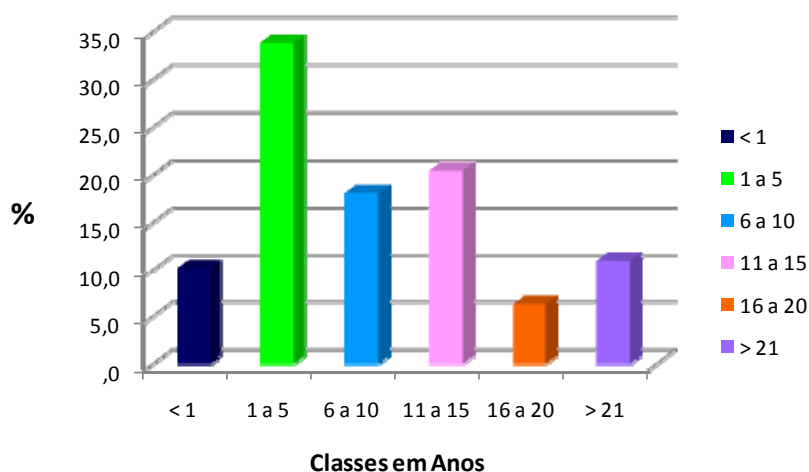
de serviço superior a 21 anos, correspondendo a 28,9% do total dos inquiridos, tendo-se verificado que 4 sujeitos não responderam a este item.

**Gráfico 1 – Tempo de Serviço em Anos**



Já no que respeita ao tempo de serviço na unidade actual, onde os profissionais desempenham funções, constata-se que é entre 1 a 5 anos de serviço que se situa o grupo mais representativo com 33,9%, seguido da classe de 11 a 15 anos que é representada por 20,5% dos sujeitos. De referir ainda que 5 sujeitos não indicaram o respectivo tempo.

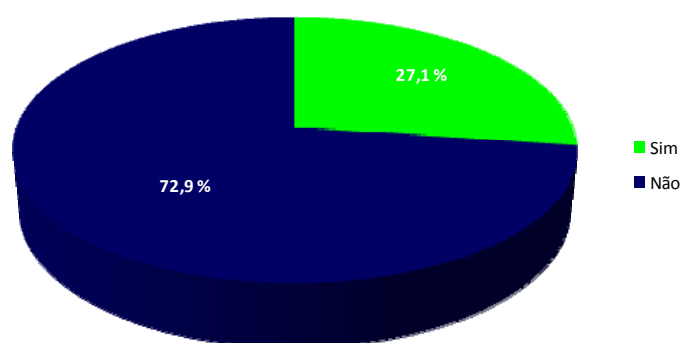
**Gráfico 2 – Tempo de Serviço na Unidade Actual em Anos**



### *Análise ao Sistema de Comunicação de Eventos e Unidade de Cuidados.*

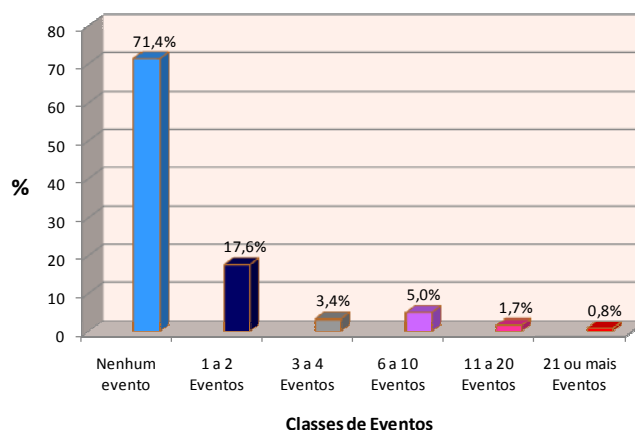
Um dos aspectos importantes deste estudo é compreender a existência de um sistema de comunicação de eventos adversos. Para tal especificou-se uma questão dicotómica (sim e não), verificando-se que 72,9% dos sujeitos afirmam não existir um sistema e apenas 27,1% regista a existência do mesmo (Gráfico 3). Não obtivemos resposta de 3 inquiridos, para esta questão.

**Gráfico 3** – Existência de Sistema de Comunicação de Eventos Adversos



Estes dados, estão alinhados com as respostas relativamente à quantificação do número de eventos que cada sujeito efectuou no ano de 2008 (Gráfico 4). Verifica-se que 71,4% dos inquiridos referem não ter comunicado qualquer evento nesse ano e apenas 17,6% comunicou 1 a 2 eventos, tendo os outros dados pouco significado, uma vez que nenhuma das outras classes ultrapassa os 5%. De referir ainda que 13 inquiridos não fazem qualquer menção ao número de eventos comunicados.

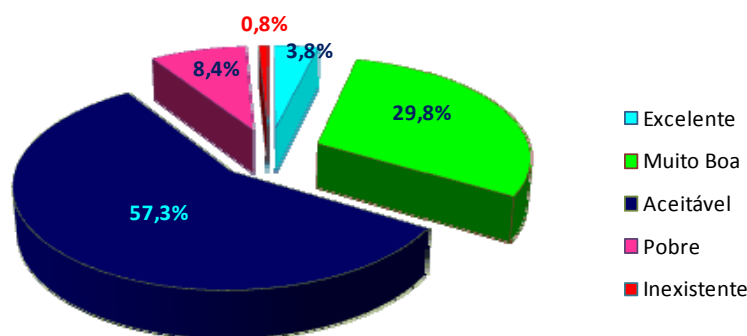
**Gráfico 4** – Quantificação do Número de Eventos Comunicados pelos Inquiridos, no Ano de 2008



Numa perspectiva de perceber a classificação atribuída por cada inquirido à unidade onde desempenha funções, atendendo à apreciação geral quanto à segurança do paciente, foi definida uma classificação de 5 níveis, Excelente, Muito Boa, Aceitável, Pobre e Inexistente.

Essa classificação teve uma distribuição variável, desde 1 inquirido que refere ser “*Inexistente*” até 5 sujeitos que referem ser “*Excelente*”. Da análise desta questão (Gráfico 5), constata-se que a maioria dos inquiridos (57,3%) classifica a sua unidade como “*Aceitável*”, seguindo-se de 29,8% os que consideram a sua unidade “*Muito Boa*” no que diz respeito à segurança do paciente. Um dos inquiridos não respondeu a este item.

**Gráfico 5** – Classificação da Unidade em que Trabalha quanto à Segurança do Paciente



Para complementar a compreensão sobre a posição dos inquiridos relativamente a outros aspectos, atendendo ao nível de concordância, foram seleccionadas algumas questões, que não estão contidas nas dimensões estudadas mais à frente, mas que estão directamente relacionadas com a segurança do paciente, tal como se pode observar no Quadro 6.

Para mais facilmente se compreender a análise, os níveis de concordância foram agrupados, isto é, para situações em que se afirma que os inquiridos “*Concordam*”, resulta do somatório entre os níveis “*Concordo*” e “*Concordo Plenamente*”, para situações em que se afirma que os inquiridos “*Discordam*”, resulta do somatório entre

os níveis “*Discordo*” e “*Discordo Plenamente*”. Esta agregação está de acordo com o estudo de Sorra *et al* (2008).

**Quadro 6** – Algumas Respostas do Questionário de Acordo com a Escala de Concordância

Questões	F	Discordo Plenamente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não Aplicável
Q5. Acredito que os erros nos cuidados de saúde constituem um risco real e significativo para os pacientes que cuidamos.	131	0,0%	5,3%	4,6%	42,0%	47,3%	0,8%
Q6. Acredito que os erros nos cuidados de saúde não são comunicados/registados frequentemente.	131	0,8%	22,1%	19,8%	39,7%	16,8%	0,8%
Q14. Por vezes existe a pressão para terminar a tarefa rapidamente, mesmo que isso signifique aligeirar procedimentos.	132	9,8%	22,7%	14,4%	38,6%	14,4%	0,0%
Q16. A segurança do paciente nunca é sacrificada na obtenção de maior produtividade.	131	4,6%	28,2%	23,7%	29,8%	13,0%	0,8%
Q18. Os erros clínicos são devidamente tratados nesta unidade.	132	6,8%	19,7%	43,9%	26,5%	2,3%	0,8%
Q23. Já cometi erros que potencialmente poderiam provocar dano ao paciente.	132	22,0%	40,2%	10,6%	25,8%	0,8%	0,8%
Q27. Os nossos procedimentos e sistemas são bons para prevenir que os erros aconteçam.	131	0,0%	12,2%	25,2%	55,7%	6,9%	0,0%

De acordo com os dados observados, no que diz respeito ao acontecimento de erros, salienta-se o facto de que 89,3% dos inquiridos acredita (concorda) que os erros nos cuidados de saúde constituem um risco real e significativo para os pacientes que cuidam, verificando-se que 58,3% concordam que os erros não são comunicados frequentemente.

Relativamente ao facto de se poder colocar em causa a segurança do paciente na realização dos procedimentos, 52% dos inquiridos concorda que por vezes existe a pressão para terminar a tarefa rapidamente, mesmo que isso signifique aligeirar procedimentos. Se relacionarmos a Questão 16 com estes resultados, verificamos que apenas 32,8% discordam com o facto de que a segurança nunca é sacrificada na obtenção de maior produtividade.

No que concerne aos erros clínicos, apenas 28,8% dos inquiridos concorda que os erros clínicos são devidamente tratados, mas 62,5% consideram que os procedimentos e os sistemas existentes são bons para prevenir que os erros aconteçam. Salienta-se ainda o facto de que 26,8% dos inquiridos concordam em ter cometido erros que potencialmente poderiam provocar dano ao paciente. Da relação desta questão com a profissão (Quadro 7), verifica-se uma maior percentagem de médicos (44%) a admitirem esse facto do que enfermeiros (22,9%).

**Quadro 7** – Relação entre a Profissão e a Questão “*Já cometi erros que potencialmente poderiam provocar dano ao paciente*”.

Profissão	F	Discordo Plenamente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não Aplicável
Médico	25	8,0%	24,0%	24,0%	44,0%	0,0%	0,0%
Enfermeiro	105	25,7%	42,9%	7,6%	21,9%	1,0%	1,0%

No que diz respeito ao facto de acreditarem, que os erros nos cuidados de saúde constituem um risco real e significativo para os pacientes que cuidam, ambos têm opiniões semelhantes (Quadro 8), pois 84% dos médicos e 91,4% dos enfermeiros concordam com a existência real desse risco.

**Quadro 8** – Relação entre a Profissão e a Questão “*Acredito que os erros nos cuidados de saúde constituem um risco real e significativo para os pacientes que cuidamos*”.

Profissão	F	Discordo Plenamente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não Aplicável
Médico	25	0,0%	8,0%	4,0%	40,0%	44,0%	4,0%
Enfermeiro	104	0,0%	3,8%	4,8%	43,3%	48,1%	0,0%

Após a apresentação dos dados descritivos, é necessário compreender melhor o fenómeno em estudo, pelo que no ponto seguinte se procede ao teste de hipóteses.

### *Teste de Hipóteses*

Para se poder validar certas hipóteses relativas à população é necessário realizar determinados testes estatísticos a partir dos dados observados. Deste modo os testes de hipóteses permitem inferir sobre o parâmetro da população estando associado a este processo um determinado nível de significância, tendo como objectivo refutar ou não uma determinada hipótese acerca de um ou mais parâmetros da população (Marôco, 2010).

Das várias técnicas estatísticas recorreu-se, seguindo Hill e Hill (2000), à análise estatística multivariada, mais concretamente à análise de *Clusters*, para detectar os padrões comportamentais relativamente à cultura de segurança, dos profissionais envolvidos nos serviços cirúrgicos, uma vez que esta técnica analisa simultaneamente relações entre três ou mais variáveis.

A análise de *Clusters* permite assim, agrupar sujeitos em grupos homogêneos, pois cada observação é tanto mais semelhante entre os seus membros, quanto mais diferente das observações pertencentes aos outros *Clusters*, ou seja, o agrupamento é feito a partir de medidas de semelhança ou de medidas de dissemelhança (Marôco, 2010).

Para agrupar os sujeitos pode-se utilizar métodos hierárquicos ou métodos não hierárquicos. A opção para este estudo recaiu sobre o método não hierárquico *K-means*, pois como refere Pérez (2001), este modelo afecta os casos a grupos diferenciados, sem que uns dependam dos outros. Cada caso pertence a um e um só grupo, requerendo que a dispersão dentro de cada grupo formado seja a menor possível: critério da variância.

O algoritmo *k-means*, parte de medidas arbitrárias e mediante sucessivas iterações, contrasta o efeito que a afectação de cada um dos casos a cada um dos grupos tem sobre a variância residual, minimizando a variância e maximizando a distância entre os seus centros de gravidade.

Assim, a utilização desta metodologia revelou-se adequada, uma vez que as variáveis utilizadas para classificar os sujeitos em termos de “*Cultura de Segurança*”, foram todas significativas, como podemos verificar pelos resultados da análise ANOVA, constantes da Tabela 6.

**Tabela 6 – Análise ANOVA para a dimensão “*Cultura de Segurança*”**

Questões	Média do Grupo ao Quadrado	df	Erro Quadrático Médio	df	F	Sig.
Q1. A cultura deste serviço facilita a aprendizagem com os erros de outros.	37,494	2	,838	122	44,752	,000
Q2. O meu serviço faz um bom trabalho na gestão do risco para garantir a segurança do paciente.	18,691	2	,546	122	34,212	,000
Q8. Os erros levaram a mudanças positivas no serviço.	11,250	2	,653	122	17,239	,000
Q9. Após a introdução de alterações para melhoria da segurança do paciente, avaliamos a sua eficácia.	21,527	2	,883	122	24,382	,000
Q10. Neste serviço, discutem-se formas de prevenir erros para que não ocorram novamente.	30,709	2	,774	122	39,698	,000
Q12. Estamos continuamente a desenvolver processos para melhorar a segurança do paciente.	24,540	2	,722	122	33,975	,000
Q15. Trabalho numa unidade onde a segurança do paciente tem uma elevada prioridade.	35,733	2	,755	122	47,299	,000
Q16. A segurança do paciente nunca é sacrificada na obtenção de maior produtividade.	23,378	2	,902	122	25,926	,000
Q35. Este serviço está a fazer mais pela segurança do paciente, do que fazia há um ano atrás.	5,527	2	,887	122	6,233	,003
Q39. A segurança do paciente é constantemente reforçada como uma prioridade, neste serviço.	23,071	2	,480	122	48,089	,000

Pela análise da estatística  $F$  da ANOVA, conforme descrito em Marôco (2010), constata-se que a Questão 39 é a que aparentemente permite diferenciar mais os *Clusters* ( $F=48,089$ ), enquanto que a Questão 35 é a que menos os diferencia ( $F=6,233$ ).

A aplicação da análise de *Clusters*, permitiu distinguir 3 *Clusters* com culturas de segurança distintas (Tabela 7). O *Cluster 1*, constituído por 33 profissionais de saúde, foi classificado como tendo um comportamento mais “*Pobre*” em termos de cultura de segurança, uma vez que apresenta os menores valores para a maioria dos itens seleccionados para definir essa cultura.

**Tabela 7** – Constituição dos *Clusters* e suas Médias

Questões	Cluster 1 (n=33)	Cluster 2 (n=36)	Cluster 3 (n=56)
Q1. A cultura deste serviço facilita a aprendizagem com os erros de outros.	2,82	2,75	4,34
Q2. O meu serviço faz um bom trabalho na gestão do risco para garantir a segurança do paciente.	3,00	4,28	4,21
Q8. Os erros levaram a mudanças positivas no serviço.	3,27	3,69	4,29
Q9. Após a introdução de alterações para melhoria da segurança do paciente, avaliamos a sua eficácia.	2,85	4,03	4,25
Q10. Neste serviço, discutem-se formas de prevenir erros para que não ocorram novamente.	2,45	4,19	3,91
Q12. Estamos continuamente a desenvolver processos para melhorar a segurança do paciente.	2,70	4,28	3,96
Q15. Trabalho numa unidade onde a segurança do paciente tem uma elevada prioridade.	2,61	4,64	3,77
Q16. A segurança do paciente nunca é sacrificada na obtenção de maior produtividade.	2,21	3,81	3,36
Q35. Este serviço está a fazer mais pela segurança do paciente, do que fazia há um ano atrás.	3,00	3,58	3,71
Q39. A segurança do paciente é constantemente reforçada como uma prioridade, neste serviço.	2,52	4,14	3,52

O *Cluster 2*, constituído por 36 profissionais, é o que apresenta o melhor comportamento em termos de cultura de segurança, pelo que foi classificado como tendo uma cultura “*Muito Boa*”. O *Cluster 3*, constituído por 56 elementos, foi classificado como tendo uma cultura razoável a que corresponde o nível “*Aceitável*”.

Verifica-se que o *Cluster 2* e o *Cluster 3*, têm resultados muito próximos, no entanto considerou-se que o *Cluster 2*, apresenta um melhor comportamento, uma vez que na maioria dos itens que constituem a dimensão da cultura de segurança, este obtém melhores resultados, com excepção no aspecto referente à aprendizagem com os erros, que apresenta um *score* inferior, devendo-se ao facto que este aspecto não estará devidamente interiorizado pelo grupo.

Após esta análise inicial, recorre-se à aplicação de testes de diferenças múltiplas de médias dos grupos, para interpretar o modo como se estabeleceu a relação entre as variáveis explicativas e a variável dependente “*Cultura de Segurança*”, ou seja, para testar as hipóteses formuladas.

### ***Hipótese 1***

*H1 – A liderança influencia a cultura de segurança nos serviços.*

*H0 – A liderança não influencia a cultura de segurança nos serviços.*

Pela análise da Tabela 8, podemos verificar que o *Cluster 1*, que tem uma cultura de segurança mais pobre, apresenta menor *score* para todas as variáveis que constituem a dimensão “*Liderança*”. Salienta-se o facto de que para a questão 13 o *Cluster 1* tem o melhor resultado, mas como a questão está na negativa, ao melhor resultado em termos de cultura de segurança está associados o menor valor alcançado.

**Tabela 8 – Diferenças de Médias entre Grupos para a Dimensão “*Liderança*”**

Questões	Cluster 1 (n=33)	Cluster 2 (n=36)	Cluster 3 n=56	Diferença de Médias
Q4. A chefia cria um clima que promove a segurança do paciente. ☐	3,00	4,03	4,04	2,3>1
Q13. A chefia parece interessada na segurança do paciente apenas quando um evento adverso acontece.	3,39	2,33	2,64	1>2,3
Q43. O meu superior, neste serviço, ouve-me e tem em conta as minhas preocupações.	2,97	4,33	3,76	2>3 e 3>1

Deste modo os resultados permitem concluir, que os *Clusters* com maior cultura de segurança são os que apresentam melhores resultados para a dimensão “*Liderança*”. Rejeitamos assim a *H0*, ou seja, a liderança influencia a cultura de segurança nos serviços cirúrgicos da ULS da Guarda.

### ***Hipótese 2***

*H1 – A comunicação aberta influencia a cultura de segurança nos serviços.*

*H0 – A comunicação aberta não influencia a cultura de segurança nos serviços.*



Relativamente à dimensão “*Comunicação*”, verifica-se que todas as variáveis têm significância com exceção da Questão 7, pois apresenta  $p = 0,07$  para um nível de significância de 0,05<sup>27</sup>.

De acordo com a Tabela 9, verifica-se que o *Cluster 2* se destaca relativamente aos outros, principalmente no que diz respeito à utilização da informação sobre os incidentes e à melhoria da segurança nos cuidados prestados. Para os outros itens os resultados são relativamente próximos, mantendo-se no entanto o *Cluster 1* com os resultados piores, com exceção da Questão 42, no entanto, como estas se referem a aspectos reveladores de uma cultura menos positiva, significa que tem resultados menos conseguidos.

**Tabela 9** - Diferenças de Médias entre Grupos para a Dimensão “Comunicação Aberta”

Questões	Cluster 1 (n=33)	Cluster 2 (n=36)	Cluster 3 n=56	Diferença de Médias
Q7. Falar com os outros sobre os meus erros é embaraçoso. ☒	2,64	2,11	2,41	
Q25. Somos informados acerca dos erros que acontecem neste serviço.	2,15	3,19	3,02	2,3>1
Q32. Face a qualquer situação que me ocorra, referente à segurança do paciente, sou encorajado pelos meus colegas a comunicar.	3,03	3,56	3,69	2,3>1
Q40. A informação obtida através de incidentes é utilizada para que os cuidados ao paciente sejam mais seguros.	2,85	4,11	3,77	2,3>1
Q42. Nesta unidade é difícil discutir os erros. ☒	3,33	2,58	2,80	1>2,3

Assim, como o *Cluster1*, com menor cultura de segurança, apresenta resultados inferiores para a dimensão “*Comunicação Aberta*”, rejeitamos a *H0*, pois constata-se que a comunicação influencia a cultura de segurança nos serviços cirúrgicos da ULS da Guarda.

### ***Hipótese 3***

*H1 – O trabalho de equipa influencia a cultura de segurança nos serviços.*

*H0 – O trabalho de equipa não influencia a cultura de segurança nos serviços.*

Em relação ao “*Trabalho de Equipa*”, as diferenças entre os grupos são mais significativas para a coordenação entre os enfermeiros e os médicos e para o treino de

<sup>27</sup> Vêr significância das variáveis no Quadro da ANOVA para todas as dimensões em ANEXOS.

novo pessoal, verificando-se que o *Cluster 2* obtém o melhor resultado para a Questão 24, enquanto o *Cluster 3* obtém o melhor resultado para a questão 30.

**Tabela 10** - Diferenças de Médias entre Grupos para a Dimensão “*Trabalho de Equipa*”

Questões	Cluster 1 (n=33)	Cluster 2 (n=36)	Cluster 3 n=56	Diferença de Médias
Q24. Os médicos e os enfermeiros trabalham como uma equipa bem coordenada.	2,12	3,03	2,98	2,3>1
Q28. Estou satisfeito com a qualidade da colaboração que tenho obtido da equipa médica deste serviço.	2,72	3,34	3,25	2,3>1
Q29. Estou satisfeito com a qualidade da colaboração que tenho obtido da equipa de enfermagem deste serviço.	3,63	4,09	4,02	2,3>1
Q30. Este serviço desenvolve um bom trabalho no treino de novo pessoal.	2,70	3,83	3,93	2,3>1

Também para esta dimensão, se verifica que o *Cluster* com uma cultura de segurança mais pobre obtém os piores resultados, pelo que consideramos a rejeição da *H0*, podendo inferir que o trabalho de equipa influencia a cultura de segurança nos serviços cirúrgicos da ULS da Guarda.

Após a apresentação dos resultados relativos ao *Estudo 1*, importa analisar os dados acerca do *Estudo 2*, pois são relevantes para a compreensão dos impactos em questão.

## 1.2 – Estudo 2: Análise Socioeconómica

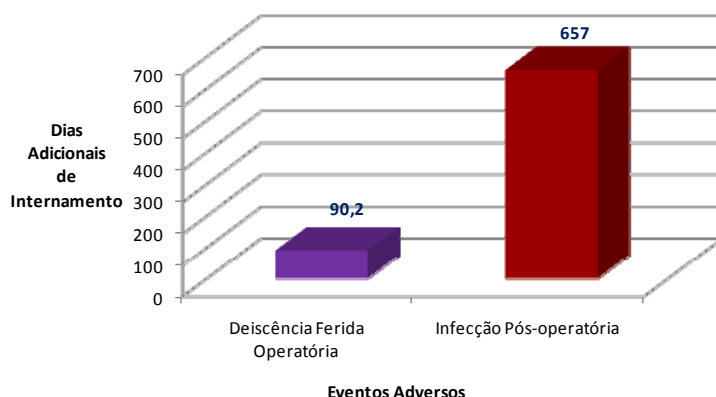
Como já referenciado anteriormente, a análise recai essencialmente sobre os dias de internamento adicional e os custos associados de acordo com o valor da diária para cada GDH<sup>28</sup>.

Verificou-se para o ano de 2008, de acordo com os códigos previamente definidos para identificação dos eventos adversos, que estes ocorreram em 40 casos, implicando 14 reinternamentos e 22 novas idas ao Bloco Operatório para reoperações (Quadro 9).

A maior ocorrência de eventos está relacionada com o GDH 585, com implicações em 10 casos, sendo responsável por 32,9% do total de dias de internamento adicional, seguido pelo GDH 415 com implicações em 6 casos, responsável por 12,5% do total de dias de internamento.

<sup>28</sup> Ver Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro.

**Gráfico 6 – Dias de Internamento Adicional pelos Eventos Adversos mais Significativos**



Relativamente aos eventos adversos em análise, constatou-se que a infecção da ferida operatória e a deiscência da sutura são os mais significativos, tendo como consequência 90,2 dias de internamento adicionais para a deiscência e 657 dias para a infecção da ferida operatória (Gráfico 6).

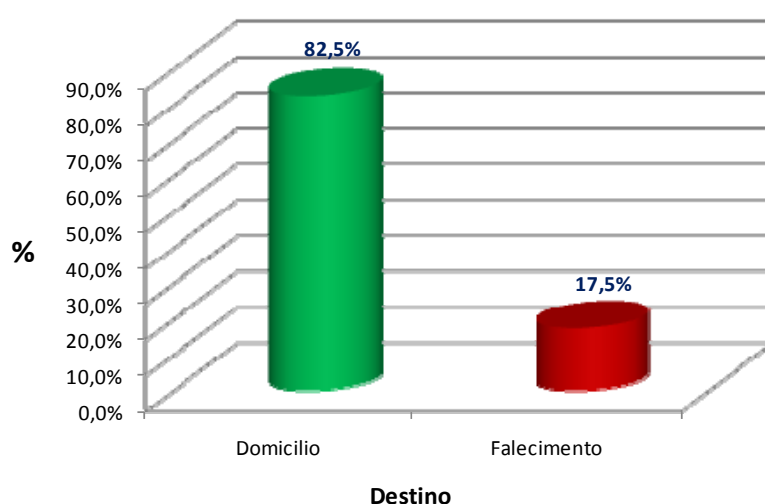
**Quadro 9 – Eventos Adversos por GDH e Custos por Dias de Internamento Adicional**

Código GDH	F	Eventos Adversos	Dias Internamento Adicional	Valor Diária	Custo	Reinternamento	Reoperado	Destino	
								Domicílio	Falecimento
585	10	Infecção Pós-Operatória, Deiscência da ferida operatória	247,9	937,57 €	232.423,60 €	1	8	6	4
581	2	Infecção Pós-Operatória	52	537,94 €	27.972,88 €	1	1	2	0
354	1	Infecção Pós-Operatória	14,8	705,92 €	10.447,62 €			1	0
415	6	Infecção Pós-Operatória	94,6	688,51 €	65.133,05 €	5	4	6	0
443	1	Deiscência da Ferida Operatória	14	263,67 €	3.691,38 €	1		1	0
358	6	Infecção Pós-Operatória	41,8	363,61 €	15.198,90 €			6	0
573	1	Deiscência da Ferida Operatória	5,3	777,92 €	4.122,98 €		1	1	0
558	1	Deiscência da Ferida Operatória	29,6	1.073,98 €	31.789,81 €		1	1	0
209	1	Corpo Estranho	6,2	1.041,55 €	6.457,61 €		1	1	0
583	1	Infecção Pós-operatória, Choque Pós-Operatório	29,9	661,34 €	19.774,07 €			0	1
440	1	Deiscência da Ferida Operatória	14	661,65 €	9.263,10 €	1		1	0
587	1	Deiscência da Ferida Operatória	5,7	937,57 €	5.344,15 €			1	0
553	1	Deiscência da Ferida Operatória	21,6	839,45 €	18.132,12 €		1	0	1
556	1	Infecção Pós-operatória, Choque Pós-Operatório, Pneumotórax	20,7	960,19 €	19.875,93 €			0	1
152	1	Infecção Pós-operatória	20	577,74 €	11.554,80 €	1	1	1	0
210	1	Infecção Pós-operatória	50	521,34 €	26.067,00 €	1	1	1	0
217	3	Infecção Pós-operatória	58,3	580,21 €	33.826,24 €	2	2	3	0
211	1	Infecção Pós-operatória	27	456,94 €	12.337,38 €	1	1	1	0
<b>TOTAIS</b>	<b>40</b>		<b>753,4</b>		<b>553.412,61 €</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>33</b>	<b>7</b>

A ocorrência destes eventos resultou então num total de 753,4 dias adicionais de internamento correspondendo a um custo total de 553.412,61€, sendo o GDH 585, tal como para os dias de internamento, o principal responsável por este valor com 232.423,60€. De salientar ainda, que estes eventos implicaram 14 reinternamentos e 22 reoperações.

A acrescentar a todos estes custos, salienta-se o facto de que 7 (17,5%) pacientes morreram em situações relacionadas com a ocorrência de eventos adversos, tendo os restantes 33 (82,5%) tido alta para o domicílio, conforme se constata do Gráfico 7.

**Gráfico 7 – Destino dos Pacientes**



Através destes dados, pode-se constatar que apesar de a sua incidência ser relativamente baixa para o total de pacientes saídos por GDH cirúrgicos (3704 pacientes), os seus impactos são significativos atendendo ao número de dias adicionais, aos custos e sobretudo quando implica a morte de uma pessoa, não sendo de forma alguma fácil calcular o valor dessa perda.

Apresentada a informação mais relevante para a clarificação do problema e das questões de investigação, tem todo o interesse proceder-se à discussão dos resultados, fazendo uma reflexão e uma análise crítica, recorrendo sempre que possível à comparação com outros estudos.

## 2 – Discussão de Resultados

Segundo Lakatos e Marconi (2004), o núcleo central da investigação, de onde resultam os trabalhos mais significativos, apoiados na opinião dos autores e em documentos sobre o problema em causa, é constituído pela discussão dos resultados.

Deste modo, uma vez terminada a análise e interpretação dos dados, pretende-se tratar da discussão dos resultados, tendo em consideração todos os aspectos da investigação como o problema, o enquadramento teórico e os objectivos previamente propostos.

Este estudo foi, então, desenvolvido para compreender o papel dos profissionais, e o impacto sócio económico que está associado às questões da segurança do paciente cirúrgico, uma vez que a cultura de segurança existente, permite aferir o compromisso que cada profissional tem perante a prestação de cuidados seguros, tal como também referem Pronovost e Sexton (2005), ao abordarem o envolvimento de todos os profissionais nesse compromisso.

A população deste estudo, caracteriza-se por ser maioritariamente do sexo feminino, com uma idade predominante entre os 31 e os 50 anos, tendo os inquiridos na sua maioria um tempo de serviço superior a 21 anos, mas com um tempo na unidade actual relativamente baixo, uma vez que a classe dominante é entre 1 e 5 anos.

A faixa etária predominante, associada a um tempo de serviço superior a 21 anos, pode ser um aspecto positivo para o funcionamento das unidades, pois é revelador de uma experiência profissional que permite a troca de experiências e saberes. No entanto, o facto de a maioria dos inquiridos, ter um tempo curto na unidade actual, pode ser um aspecto menos positivo, pois pode ainda não ser suficiente, para que se compreendam determinados problemas, associados à prestação de cuidados, da unidade onde desempenham funções.

Quanto à profissão, a existência de um maior número de enfermeiros (105) comparativamente com o número de médicos (25), deve-se ao facto de que os enfermeiros, são habitualmente a classe profissional com mais elementos nos hospitais, como se pode verificar também nos números apresentados pela DGS (2010).

A classificação atribuída à unidade onde prestam cuidados, quanto à apreciação geral sobre a segurança do paciente, foi referenciada por 75 inquiridos (57,5%) como “Aceitável”, sendo “Muito Boa” para 39 sujeitos (29,8%). Nos extremos verifica-se que 1 inquirido (0,8%) refere ser “Inexistente” e para 5 outros (3,8%), esta é “Excelente”. De referir ainda que para 11 sujeitos (8,4%), a segurança do paciente naquela unidade é “Pobre”.

Estes resultados, revelam que a cultura de segurança nos serviços cirúrgicos da ULS da Guarda, fica aquém do desejado para os serviços de saúde, pois o facto de na sua maioria os inquiridos, se situarem numa posição intermédia, pode ser revelador de que não existe uma cultura de segurança positiva, atendendo aos princípios enunciados pela OMS (2008b), devidamente enraizada na cultura organizacional.

Esta apreciação, assenta também no facto de que os resultados obtidos, são substancialmente diferentes dos verificados por Sorra *et al* (2008), pois no estudo realizado pelos autores constata-se que 48% (a maioria) dos inquiridos classifica a sua unidade como “Muito Boa” e 24% classificam-na como “Excelente”, correspondendo a apenas 23% os inquiridos que classificam a sua unidade como “Aceitável”, o que revela uma cultura de segurança mais evoluída.

Outro aspecto, que também contribui para a constatação de uma cultura de segurança positiva, é a aprendizagem com os erros, aspecto salientado por alguns autores como Leap (2002) e a OMS (2008b), para que estes sejam corrigidos e não ocorram novamente.

Relativamente aos erros, verifica-se um facto interessante, pois uma esmagadora maioria de inquiridos (89,3%), acreditam que o erro é um risco real e significativo para os pacientes que cuidam. No entanto, parecendo um pouco contraditório, apenas 26,6% admite o erro e 28,8% considera que os erros clínicos são devidamente tratados.

Estes dados, resultam em alguma preocupação sobre a cultura de segurança, pois se os erros são reais, uma das premissas essenciais para a aprendizagem com os erros, é a evidência do erro, para que não volte a acontecer, o que é feito por uma minoria dos profissionais. Mas mais preocupante ainda, é o facto de que 71,2% dos inquiridos consideram que os erros não são devidamente tratados na sua unidade.

Estes dados revelam que o esforço para a melhoria fica aquém do desejável, pois como refere Vicent, Taylor-Adams e Stanhope (1998), o não reconhecimento de falhas, proporciona as condições necessárias para a ocorrência de actos inseguros.

Para reforçar esta ideia, da análise da Questão 1, verifica-se que 43,1% não concorda que a cultura do serviço facilita a aprendizagem com os erros de outros, o que representa um número significativo de inquiridos, que reconhecem as dificuldades na aprendizagem com os erros, para melhorarem a cultura de segurança organizacional.

No que diz respeito, aos eventos adversos, a esmagadora maioria dos inquiridos (94), refere a não existência de um sistema de comunicação dos mesmos, verificando-se que apenas 35 inquiridos lhe fazem referência. Deste modo podemos constatar que, em função de uma diferença de respostas tão significativa, não está a funcionar na ULS da Guarda, um sistema de comunicação de eventos adversos, para os serviços cirúrgicos.

Perante este facto, não é de estranhar que 71,4% dos inquiridos, não tenha comunicado qualquer evento adverso, no ano de 2008, seguindo-se o segundo grupo mais representativo com 17% que refere ter comunicado 1 a 2 eventos.

Estes resultados, são significativamente diferentes dos referenciados por Sorra *et al* (2008), pois apresentam valores mais reduzidos, apesar de ainda significativos, uma vez que no estudo referido, 52% dos inquiridos não realizaram qualquer comunicação sobre a ocorrência de eventos adversos.

No entanto os dados, estão em consonância com os autores Fragata (2006) e Pfeiffer, Manser e Wehner (2010), que referem que os eventos adversos não são comunicados de acordo com a sua ocorrência, ou seja, estima-se que a incidência de eventos adversos seja maior do que aqueles que são verdadeiramente comunicados.

Apesar de vários autores (OMS, 2008b; Jennings e Stella, 2010; Armitage, Newell e Wright, 2010), referirem como causas para a não comunicação de eventos por parte dos profissionais, o medo de litígios ou represálias, o medo de acção disciplinar, ou o facto de comunicar ser visto como um ataque pessoal, considera-se que no caso concreto da ULS da Guarda, o mais relevante, seja o facto, de não estar devidamente implementado, um sistema de comunicação para o efeito.

Dos resultados obtidos, constatou-se que os próprios profissionais, também têm a percepção de que os eventos não são comunicados frequentemente, na medida em que 56,5 % dos inquiridos concorda com este facto, o que vem reforçar a ideia de que existe uma falha na comunicação de eventos.

A comunicação de eventos está integrada, num processo mais abrangente, que é a comunicação organizacional, sendo esta uma das dimensões da cultura de segurança, como refere Sorra *et al* (2008), pelo que importa agora compreender a relação das dimensões testadas com a cultura de segurança.

De acordo com os testes efectuados, ficou provado que a liderança influencia a cultura de segurança. Esta relação, está de acordo com a NPSA (2006), quando referem que uma liderança que é parte integrante, não sendo encarada como uma estrutura isolada, abordando as questões sobre os incidentes de uma forma justa com o pessoal e fazendo da segurança uma prioridade, faz parte de uma cultura de segurança com uma maturidade elevada.

Esta dimensão, é também referida pela OMS (2008b), como uma das principais da cultura de segurança, tendo a liderança um papel importante na melhoria dessa cultura, percebendo que a abordagem deve ser no sistema, sem esquecer a responsabilidade individual, onde o apoio dos líderes é essencial para uma cultura positiva.

No que se refere à comunicação, provou-se que de facto esta influencia a cultura de segurança, pois uma boa comunicação, maior abertura na discussão dos erros e melhor informação sobre os mesmos, permite melhores cuidados, logo a cultura de segurança também é maior.

Isto mesmo é reiterado pela NPSA (2006), bem como pela OMS (2008b), referindo-se à comunicação como essencial para a redução dos erros, facilitando a aprendizagem com as experiências de outros (sejam elas boas ou más), melhorando assim a cultura de segurança. Pode afirmar-se, que a uma comunicação pobre corresponde uma cultura pobre.

Por último, no que se refere às dimensões estudadas, também foi provado que o trabalho de equipa influencia a cultura de segurança, uma vez que a grupos com cultura de



segurança mais elevada, correspondem valores mais elevados desta dimensão, isto é, um clima onde existe o envolvimento de todos, cria um ambiente mais seguro, tal como também refere Shojania *et al* (2001).

Este aspecto, é corroborado por Vicent, Taylor-Adams e Stanhope (1998), ao referirem que para a existência de uma cultura de segurança, é necessário que cada elemento do *staff* perceba que faz parte de uma equipa e que a forma como exerce a prática de cuidados, é influenciada por outros elementos, através da forma como se comunicam e apoiam.

Pela análise de todos estes elementos, é assim possível dar resposta, a duas das questões de investigação colocadas no início deste estudo. Como tal, pode afirmar-se que existe uma cultura de segurança nos serviços cirúrgicos. No entanto é necessário realizar um esforço significativo por parte dos envolvidos, para melhorar o nível dessa mesma cultura, uma vez que a maioria dos profissionais se situa num nível intermédio, existindo ainda um número considerável num nível baixo, a que corresponde uma cultura pobre.

Relativamente à existência de um sistema de comunicação sobre eventos adversos, a evidência baseada nas respostas dos inquiridos, leva a concluir que não existe um sistema devidamente implementado, não fazendo parte integrante da organização dos cuidados de saúde, nos serviços cirúrgicos da ULS da Guarda.

No que diz respeito aos impactos socioeconómicos, relacionados com a segurança do paciente cirúrgico, mais concretamente no que concerne aos eventos adversos, os resultados obtidos reflectem a evidência referida na literatura.

O estudo, revela a ocorrência de eventos adversos em 40 casos, de acordo com os códigos de diagnósticos especificados anteriormente, tendo resultado num aumento significativo dos dias de internamento em 753,4 dias, correspondendo este cálculo, ao desvio em dias do tempo médio de internamento para cada GDH em análise. A este número de dias corresponde um incremento de custos na ordem dos 553.412,63€ com base no valor da diária para o GDH correspondente.

Estes resultados estão de acordo com o encontrado na literatura (Wilson *et al*, 1995; Vicent, Neale e Woloshynowych, 2001; OMS, 2002; Baker *et al*, 2004), uma vez que os autores referem que a ocorrência de eventos adversos comporta com uma das consequências o aumento dos dias de internamento, com implicações óbvias nos custos.

Como consequências sociais, derivadas do sofrimento e dos tempos de internamento prolongados, deve-se fazer ainda referência ao facto de que, em 55% dos casos houve necessidade de voltar ao bloco operatório, com todas as consequências que daí advêm para pacientes e família. No entanto a situação, com impactos mais sérios nos pacientes e familiares, é a morte, tendo ocorrido em 17,5% dos casos, em que se verificaram eventos adversos, para os elementos em estudo. Estes resultados são significativamente superiores aos encontrados por Wilson *et al* (1995) e Vicent, Neale e Woloshynowych (2001), que apresentam como mortalidade decorrente dos eventos adversos 4,5% e 9% respectivamente.

O impacto socioeconómico, dos eventos adversos, mesmo, não sendo significativo ao nível da sua incidência, é certamente significativo em termos de custos sociais e económicos para os pacientes e para as instituições.

A este facto acresce, que se tal como Vicent, Neale e Woloshynowych (2001) referem, cerca de metade dos eventos são evitáveis, então, constata-se que se poderia reduzir os custos económicos, mas sobretudo o número de mortes, minimizando assim os impactos negativos associados à ocorrência de eventos adversos.

Perante estas constatações, considera-se também que a terceira questão de investigação, foi esclarecida através deste estudo, verificando-se impactos importantes, quer para os pacientes quer para a instituição.

Estes resultados permitem, deste modo, perceber os objectivos definidos para este estudo, constatando-se que o papel dos profissionais é de facto relevante, pois uma cultura de segurança é potenciadora de cuidados mais seguros, evitando-se assim a ocorrência de erros e diminuindo os seus impactos socioeconómicos. Perante estas constatações, importa agora apresentar as conclusões deste estudo, evidenciando as implicações do mesmo para a prática de cuidados, tal como as limitações identificadas e apontando possíveis caminhos para futuras investigações nesta área.

## CONCLUSÕES

A prática de cuidados de saúde, tem um impacto significativo na qualidade de vida, quer da população em geral, quer para os pacientes que a eles recorrem. O ambiente cirúrgico, está inserido num contexto muito particular desses mesmos cuidados, em função de um conjunto de riscos que lhes são inerentes, dada a gravidade das situações clínicas, da tecnologia e dos recursos envolvidos (humanos e materiais), podendo ter consequências sérias, se o resultado não for o desejado.

É por isso fundamental, que os profissionais que desempenham funções nos serviços cirúrgicos, estejam perfeitamente conscientes desses mesmos riscos e das consequências, que podem ter na qualidade de vida dos pacientes, mas ao mesmo tempo, é importante que os líderes tenham uma preocupação na gestão do risco, fazendo da segurança dos cuidados uma prioridade, atendendo a uma multiplicidade de pontos críticos.

Essa preocupação, sendo efectiva, deve levar à mudança de determinados comportamentos e práticas, no sentido de criar uma cultura de segurança positiva, que seja visível para os profissionais, mas essencialmente para os pacientes, desenvolvendo um clima de confiança e de resultados, levando a uma melhoria da qualidade dos cuidados, reduzindo a ocorrência de eventos adversos, com efeitos muitas das vezes devastadores para os pacientes e familiares e também para os profissionais.

Partindo de esta e outras preocupações, relacionadas com esses efeitos, foi desenvolvida esta investigação, numa perspectiva de obter respostas a uma série de dúvidas, servindo de base ao desenvolvimento e implementação de um projecto, para a melhoria da qualidade dos cuidados cirúrgicos, tornando estes cuidados mais seguros.

A revisão da literatura, permitiu assim contextualizar o problema, percebendo-se a sua dimensão e as suas implicações, bem como os esforços desenvolvidos a nível da comunidade científica, para que o problema seja melhor conhecido.

Na primeira parte evidencia-se a caracterização do paciente cirúrgico e o papel que os profissionais têm na prestação directa dos cuidados, principalmente através de

princípios importantes para assegurar o sucesso dos procedimentos, prevenir a ocorrência de eventos e diminuir o erro. Salienta-se ainda, o enfoque na coordenação entre os profissionais envolvidos, principalmente cirurgiões, anestesiistas e enfermeiros, desenvolvendo um verdadeiro trabalho em equipa.

Outros aspectos a salientar da revisão da literatura, relacionado com a segurança do paciente, são a comunicação de eventos, integrada num sistema que permita o *feed-back* de toda a informação, e a implementação de ferramentas para a análise das suas causas, como a *Root Cause Analysis*, que possibilite compreender as falhas inerentes à organização, de modo a evitar e minimizar o erro.

Princípios como o trabalho de equipa, uma comunicação aberta, a não culpabilização mas com responsabilidade perante o erro e a aprendizagem com os erros, assumem particular interesse, uma vez que, são factores facilitadores da implementação de uma cultura, que salvaguardam o paciente livre de dano ou lesões desnecessárias, assumindo-se como um desígnio de todos, tendo os líderes organizacionais um papel decisivo no seu desenvolvimento.

Estes pontos sublinham a importância de se definir claramente um caminho na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Em relação a este desafio, observa-se uma certa tendência que é necessário ter em conta, pois a ele estão associados custos crescentes, que têm impactos importantes na sociedade e nos sistemas de saúde.

Os custos associados aos serviços de saúde, são deste modo relevantes, pois assumem cada vez maior peso no PIB dos países, levando a mudanças nos modelos de gestão das unidades de saúde, com particular enfoque nos modelos assentes na eficiência e nos resultados. No que diz respeito ao financiamento da saúde, tem havido valiosos contributos, numa perspectiva de aproximar os orçamentos aos custos reais da produção, tornando os prestadores cada vez mais responsáveis pela sua execução, tendo em conta as verdadeiras necessidades das populações da sua área de influência.

A implementação do pagamento com base nos GDH e mais recentemente a introdução dos contrato-programa, com base em orçamentos por capitação para as Unidades Locais de Saúde, abrem novas perspectivas em Portugal, para uma melhor aplicação dos

recursos da saúde, uma vez que estes são escassos necessitando de uma utilização criteriosa.

Sabe-se que os custos da saúde são elevados, onde os custos com os eventos adversos têm uma contribuição real e significativa, veja-se o caso de Inglaterra, onde são estimados gastos na ordem dos 2.400 milhões de libras por ano, em dias de internamento adicionais. Importa então, prestar atenção a esta problemática para que sejam desenvolvidas estratégias, que garantam através da análise dos dados, resultados efectivos para cuidados mais seguros.

Assim, na segunda parte deste trabalho, de acordo com a informação suportada pela pesquisa bibliográfica, foi desenvolvida uma metodologia, que determinou a recolha de dados necessária à verificação de determinados pressupostos, inerentes ao constructo das hipóteses, bem como os instrumentos a utilizar para assegurar que a investigação está de acordo com o quadro de referência.

Concretamente, propõem-se duas abordagens, uma centrada na compreensão da cultura de segurança existente na instituição objecto de estudo, a outra, focalizada na compreensão dos impactos socioeconómicos, resultantes de eventos adversos claramente tipificados, nomeadamente a infecção pós-operatória e a deiscência da ferida operatória.

Os resultados obtidos, estão contidos na terceira parte, onde foram analisados com algum detalhe os diferentes tipos de dados, de onde sobressai a análise inferencial, de acordo com as técnicas utilizadas para os testes de hipóteses, tendo primeiramente caracterizado a amostra e a sua classificação em termos gerais sobre a segurança do paciente nas suas unidades.

Deste modo, verifica-se que a amostra é constituída essencialmente por elementos do sexo feminino, estando representados mais enfermeiros que médicos, com idades na sua maioria compreendidas entre os 31 anos e os 50 anos. O tempo de serviço predominante situa-se acima dos 21 anos, mas nota-se uma grande rotatividade pelos serviços, uma vez que o tempo de serviço na unidade, onde desempenham funções, se situa entre 1 e 5 anos.

A maioria dos profissionais, considera a sua unidade como aceitável, no que concerne à segurança dos pacientes, sendo este facto coincidente com os resultados obtidos para os *Clusters*, pois o grupo mais representativo com 56 elementos, apresenta um *score* intermédio para a cultura de segurança.

Estes dados, associados ao facto de que 71,2% dos inquiridos considera que os erros clínicos não são devidamente tratados na sua unidade, implica uma reflexão séria, sobre o caminho que será necessário percorrer, para que a cultura de segurança e intrinsecamente a segurança do paciente, possa melhorar os seus níveis.

Verificou-se, que as variáveis utilizadas para as dimensões consideradas para este estudo, eram todas significativas para um intervalo de confiança de 95%, com excepção de uma referente à dimensão comunicação, fortalecendo assim a tomada de decisão sobre as hipóteses formuladas. Salienta-se também, que existem diferenças entre os três grupos, relativamente às suas médias, para a dimensão da cultura de segurança.

Assim, constata-se a infirmação de todas as hipóteses, ou seja, a cultura de segurança nos serviços cirúrgicos da ULS da Guarda é influenciada pela liderança, pelo trabalho de equipa e pela comunicação. Percebe-se que a cultura existente não atinge níveis elevados, mas no entanto existem aspectos positivos, como o facto de que 62,5 % dos inquiridos, considerar que os procedimentos e os sistemas existentes são bons para prevenir os erros.

A aprendizagem com os erros, outro dos factores essenciais ao desenvolvimento de uma cultura de segurança elevada, não é muito perceptível, uma vez que 89,3% dos inquiridos reconhece que o erro é um risco real e significativo, mas 43,1% dos sujeitos, não concorda que a unidade em que estão inseridos, facilite a aprendizagem com os erros de outros.

No que diz respeito à comunicação de eventos, esta é manifestamente deficitária, pois não se constata que haja incentivos à comunicação de eventos, uma vez que 71,4% dos inquiridos não comunicou qualquer evento no ano de 2008. Associado a este resultado, não se verifica que exista um sistema de comunicação de eventos efectivo e implementado.

Do ponto de vista socioeconómico, de realçar que para uma pequena amostra, 40 casos em que se verificou a ocorrência de eventos adversos<sup>29</sup>, os resultados são merecedores de atenção, pois apesar de em termos de incidência não serem elevados, são com certeza importantes no impacto sobre os pacientes e serviços, ao revelarem a necessidade de 753,4 dias de internamento adicionais, com um custo acrescido de 553.412,62€

Todas estas notas constituem aspectos importantes, numa perspectiva evolutiva das organizações, pretendendo-se que resultem em melhorias concretas para o desempenho de profissionais e sistemas, ao mesmo tempo que deverão abrir novas perspectivas e abordagens sobre a problemática, apesar de determinadas limitações que possam ser evidenciadas. Assim, importa também referir que tipo de implicações, limitações e futuras abordagens estão associadas a esta investigação.

#### *Implicações do estudo*

A investigação só fará sentido, se for possível que os seus resultados possam ser aplicados ao contexto de trabalho, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento dos profissionais e ao mesmo tempo para a melhoria da sua prestação junto dos pacientes. Deste modo, considera-se que este estudo tem implicações importantes para a prática dos cuidados, de forma a consciencializar para os seguintes aspectos:

1. Implementar um sistema de comunicação de eventos, que seja orientado para o sistema, não punitivo, responsivo e oportuno. Este sistema assume uma importância determinante, pois como refere a *Joint Commission*, melhor informação permite o desenvolvimento de estratégias para reduzir o risco de acidentes (JCAHO, 2008). O sistema deve permitir a comunicação por parte dos pacientes e familiares, enriquecendo assim a informação recolhida;
2. Desenvolver e aplicar uma metodologia de análise das causas dos eventos, do tipo da ferramenta *Root Cause Analysis*, para que a acção correctiva incida sobre a causa e não sobre o resultado;

---

<sup>29</sup> Infecção da ferida operatória e deiscência da ferida operatória.

3. Alargar a aplicação do estudo a outras áreas da prestação de cuidados, na ULS da Guarda;
4. Desenvolver acções de formação junto dos profissionais, reforçando a cultura de segurança, seus princípios e valores, como uma prioridade, com grande incidência sobre a componente comportamental;
5. Melhorar a articulação com os cuidados de saúde primários, no que respeita aos sistemas de informação, principalmente no *follow-up* dos pacientes após intervenção cirúrgica;
6. Desenvolver e implementar protocolos de actuação em todos os serviços, que prestem cuidados directos aos pacientes, com base na evidência científica;
7. Implementar códigos e procedimentos de boas práticas a todos os níveis da prestação de cuidados de saúde;
8. Contribuir para o *empowerment* dos pacientes, na tomada de decisões sobre aspectos relacionados com a sua saúde.

Estas podem ser algumas soluções possíveis, para melhorar a segurança dos pacientes na instituição, no entanto sem uma reflexão alargada e abrangente do problema, será mais difícil que as atitudes e os comportamentos sejam alterados, no sentido de fortalecer a cultura organizacional, onde a cultura de segurança está incluída.

#### *Limitações do estudo*

A investigação deve seguir um determinado caminho, de acordo com alguns propósitos e inquietações do investigador. Esse caminho está relacionado com uma determinada visão e sensibilidade do problema, podendo no entanto existir outras perspectivas e orientações igualmente válidas sobre o mesmo. Atendendo às circunstâncias que estiveram na base deste estudo, apontam-se certas limitações identificadas:

1. O estudo teve uma abrangência limitada, essencialmente quanto ao tipo dos eventos adversos, podendo ter incluído outros, para se perceber a verdadeira dimensão do problema;
2. Deveria ter-se realizado o estudo por serviço, para mais facilmente perceber a cultura existente em cada serviço, uma vez que pelo apuramento das médias para todos os serviços cirúrgicos, esse aspecto não é perceptível;



3. Outra limitação constatada, prende-se com o facto de não ser possível comparar os dados com outras Unidades de Saúde;
4. A recolha de dados, principalmente ao nível financeiro, constituiu uma limitação, uma vez que o ano de 2008 foi precisamente o ano de transição para ULS da Guarda, verificando-se que o seu relatório de contas apenas reflecte o último trimestre, o que limitou a comparação dos custos com o total de custos da instituição;
5. A selecção de variáveis, também pode ser uma limitação a este estudo, pois a inclusão ou não de outras questões, a quando da elaboração do questionário, pode influenciar o tipo de dados obtidos, ou que pretenda obter;
6. Por fim, a análise estatística poderia ter sido mais complexa através de uma análise factorial ou de correlação entre outro tipo de variáveis, mas como é um estudo exploratório, pretendeu-se apenas compreender a existência do fenómeno na instituição.

Para além destas limitações, poderão existir outras, que dependendo do interesse sobre a temática, levarão certamente outros investigadores na busca do conhecimento e no esclarecimento da dúvida. Assim apontam-se algumas pistas/sugestões para pesquisas futuras.

#### *Sugestões para pesquisas futuras*

Ao finalizar o trabalho de investigação, não significa que todas as dúvidas se tenham dissipado. Mesmo tendo-se obtido respostas às questões colocadas para este estudo, outras surgiram no seu desenvolvimento, que podem ser pertinentes para investigações futuras.

Perante as limitações identificadas, considera-se que estas sugestões podem proporcionar novas evidência científicas acerca do problema da segurança do paciente em geral, ou da ocorrência de eventos adversos em campos particulares. Assim as sugestões propostas são as seguintes:

1. Alargar o estudo a todos os serviços da instituição, para se compreender qual a cultura de segurança existente;

2. Desenvolver um estudo retrospectivo, com base nos eventos registados nos processos clínicos, para que possa haver uma base de comparação para estudos futuros;
3. Estudar o impacto de medidas relacionadas com a segurança dos pacientes, nomeadamente a implementação da *checklist* para os blocos operatórios, no âmbito do programa Cirurgia Segura;
4. Estudar que comportamentos inseguros dos profissionais existem nos serviços e que potencialmente podem provocar dano aos pacientes.
5. Alargar o estudo de eventos adversos, a outras Unidades de Saúde regionais ou nacionais.

Estes assuntos exigem uma consciência crítica e um espírito de abertura, que leva necessariamente a uma mudança de perspectiva nos profissionais, dando ênfase à posição do paciente no centro do sistema, em que os processos se devem adequar ao objectivo primordial dos cuidados de saúde, trazer benefícios para os pacientes.

Para finalizar este trabalho, importa realçar que os profissionais têm um papel determinante no desenvolvimento e implementação de procedimentos que previnam o erro, diminuindo a ocorrência dos eventos adversos, minimizando os impactos negativos sobre os pacientes e o sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS. (2009). Financiamento e Contratualização. *Workshop - O Financiamento dos Hospitais*. Centro Hospitalar de Coimbra, 7 de Maio: ACSS.

ACSS. (2010). *Metodologia para a Definição de Preços e Fixação de Objectivos 2010 - Contrato-Programa 2010-2012 Unidades Locais de Saúde*. Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização. Lisboa: ACSS.

ACSS. (2009). *Unidades Locais de Saúde - Modalidade de Pagamento*. Administração Central do Sistema de Saúde, Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização. Lisboa: ACSS.

AESOP. (2006). *Enfermagem Perioperatória - da filosofia à prática de cuidados*. Loures: Lusodidacta.

Altman, D.; Clancy, C.; Blendon, R. (2004). Improving Patient Safety - Five years after the IOM report. *The New England Journal of Medicine* , Vol.351, Nº 20, pp. 2041-2043.

AORN. (2007). *Standards, recommended practices, and guidelines*. Denver: AORN.

Armitage, G.; Newell, R.; Wright, J. (2010). Improving the quality of drug error reporting. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* .

Baker, G.*et al.* (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (11), pp. 1678-1686.

Balding, C. (2008). From quality assurance to clinical governance. *Australian Health Review*, 32;33, pp. 383-391.

Baraňano, A. (2004). *Métodos e técnicas de investigação em gestão. Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Lisboa: Edições Silabo.

Barash, P. *et al.* (1993). *Handbook of Clinical Anesthesia* (2ª Edição ed.). Philadelphia: J. B. Lipincott Company.

- Barros, P. (1999). Eficiência e qualidade: mitos e contradições. In *Colóquio-debate “Eficiência e Justiça em Cuidados de Saúde” Academia das Ciências*. Lisboa.
- Barros, P.; Gomes, J. (2002). *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Obtido em 15 de Maio de 2010, de <http://www.dge.ubi.pt/aalmeida/Gestao-medicina-09-10/BARROS-2002.pdf>
- Barros, P.; Simões, J. (2007). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 9 (5) . European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bentes, M *et al.* (1996). A Utilização dos GDH como Instrumento de Financiamento Hospitalar. *Gestão Hospitalar*, 33, pp. 33-42.
- Bentes, M. (2004). Economia da Saúde. In *Aulas de Economia da Saúde, Universidade Lusíada* . Porto.
- Bentes, M. (1998). *O Financiamento dos Hospitais*. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, Lisboa.
- Béresniak, A.; Duru, G. (1999). *Economia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bilhim, J. (2001). *Teoria Organizacional - Estruturas e Pessoas* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bjorn, B.; Anhoj, J.; Lilja, B. (2009). Reporting Of Patient safety Incidents: experience from five years with a National reporting system. *Ugeskrift for Laeger*, 171 (20), pp. 1677-1680.
- Braithwaite, J *et al.* (2007). Are health systems changing in suport of patient safety? A multi-methods evaluation of education, attitudes and practice. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20 (7), pp. 585-601.
- Campos, A.; Ramos, F. (2004). A má saúde do défice da saúde. *O Economista - Anuário da Economia Portuguesa*, pp. 92-96.
- Campos, A.; Ramos, F. (2002). Saúde Em Portugal. *O Economista -Anuário da Economia Portuguesa*, pp. 256-260.

Carrin, G *et al.* (2008). Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, pp. 857-863.

Carvalho, J. (1992). *Gestão da Produtividade, Técnicas de avaliação e métodos profissionais*. Lisboa: Universidade Lusitana.

Clarke, J. (2006). Complications in surgery. *The New England Journal of Medicine*, 354; 22, pp. 2398-2399.

Colla, J *et al.* (2005). Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Quality and Safety in Health Care*, 14, pp. 364-366.

Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. (2007). *Relatório Final*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Costa, J.; Melo, A. (1999). *Dicionário de Língua Portuguesa* (8ª ed.). Porto: Porto Editora.

Cunha, M *et al.* (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (6ª ed.). Lisboa: Editora RH.

Dagnelie, P. (1973). *Estatística - Teoria e Métodos* (Vol. 1). Mem Martins: Europa América.

Decreto-Lei nº 156/99 de 10 de Maio. *Diário da República, I Série-A, Nº 158*.

Decreto-Lei nº 183/2008 de 4 de Setembro. *Diário da República I Série, Nº 171*.

Decreto-Lei nº 207/99 de 9 de Junho. *Diário da República I Série-A, Nº 133*.

Decreto-Lei nº 212/2006 de 27 de Outubro. *Diário da República, I Série, Nº 208*, 7517-7525.

Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro, *Diário Da República I Série-A, nº 249*, p. 7324-7333.

Decreto-Lei nº 48 357. *Diário da Republica I Série nº 101 de 27 de Abril de 1968*, p 599-611.

Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril. *Diário Da República I Série-A, nº 97, p. 2682-2686.*

DGS. (2010). *Centros de Saúde e Unidades Hospitalares - Recursos e Produção do SNS 2008*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DGS. (2009). *Elementos Estatísticos - Informação Geral Saúde/2007*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Dindo, D. *et al.* (2004). Classification of Surgical Complications A New Proposal With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. *Annals of Surgery*, 240 (2), 205-213.

Evans, D.; Etienne, C. (2010). Health systems financing and the path to universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, p. 402.

Ferreira *et al.* (2006). Políticas de controlo dos gastos públicos com a saúde. *O Economista - Anuário da Economia Portuguesa*, 19, pp. 110-117.

Fleisher *et al.* (2007). 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery.

Folland, S.; Goodman, A.; Stano, M. (2001). *The Economics of Health and Health Care*. New Jersey: Prentice-Hall.

Fortin, M. (2009a). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fortin, M. (2009b). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Fragata, J. (2006). *Risco clínico - Complexidade e performance*. Coimbra: Almedina.

Fuller, J. (2000). *Tecnologia cirúrgica: princípios e prática. 3ª Edição*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Garnier, M.; Delamare, V. (1984). *Dicionário de termos técnicos de medicina* (20ª ed.). São Paulo: Organização Andrei Editora Lda.

Gawande, A. *et al.* (2003). Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery. *The New England Journal of Medicine*, 348 (3), pp. 229-235.

Gil, A. (1998). *Projectos de Pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Goff, F. *et al.* (1997). *Técnica cirúrgica: bases anatómicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia*. (4ª ed.). São Paulo: Editora Atheneu.

Goldman, D. *et al.* (1994). *Perioperative Medicine: The medical care of the surgical patient*. New York: McGraw-Hill, Inc.

Griffen, F. *et al.* (2007). *The American College of Surgeons' closed claims study: new insights for improving care*. (J. o. Surgeons, Editor) Obtido em 2 de Março de 2010, de Pubmed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17382214?dopt=Abstract>

Guathier, J. *et al.* (1998). *Pesquisa de enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Guimarães, R.; Cabral, J. (1997). *Estatística*. Alfragide: McGraw-Hill de Portugal.

Gupta, S. *et al.* (2009). Critical incident reporting in anaesthesia: a prospective internal audit. *Indian Journal of Anaesthesia*, 53(4), pp. 425-433.

Hart, A.; Hopkins, C. (Eds.). (2003). *2003 ICD9CM Expert for Hospitals* (6ª ed.). Salt Lake City: St Anthony Publishing.

Haynes, A *et al.* (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), pp. 491-499.

Hellings, J *et al.* (2007). Challenging patient safety culture: survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20 (7), pp. 620-632.

Hill, M.; Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário* (1ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.

Hood, C. (1991). A Public Management for all Seasons? *Public Administration*, 69 (1), pp. 3-19.

Hulbert, S.; Garrett, J. (2009). Improving operating Room safety. *Patient safety in Surgery*, 3 (25).

Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Lisboa: Edinova.

INE. (2009). *Anuário Estatístico da Região Centro*. Lisboa: Instituto nacional de Estatística, IP.

IOM. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy of Sciences.

Jansma, J. *et al.* (2010). Do specialty registrars change their attitudes, intentions, and behaviour towards reporting incidents following safety course? *BMC Health Services Research* , pp. 1-25.

JCAHO. (2008). *Joint Commission Sentinel Events Alert*. Obtido em 20 de Agosto de 2009, de [http://www.jointcommission.org: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea\\_40.htm](http://www.jointcommission.org: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_40.htm)

JCAHO. (2003). *Patient Safety: Reduction of Adverse Events Through Commom Understanding and Commom Reporting Tools*. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. OMS.

JCAHO. (2009). *The Joint commission sentinel events*. Obtido em 10 de Julho de 2010, de [http://www.jointcommission.org: http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/F84F9DC6-A5DA-490F-A91F-A9FCE26347C4/0/SE\\_chapter\\_july07.pdf](http://www.jointcommission.org: http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/F84F9DC6-A5DA-490F-A91F-A9FCE26347C4/0/SE_chapter_july07.pdf)

Jennings, P.; Stella, J. (2010). Barriers to incident notification in a regional prehospital setting. *Emergency Medical Journal* .

Jonsson, P.; Ovretveit, J. (2008). Patient claims and complaints data for improving patient safety. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol 21, N°1, pp. 60-74.



Kantelhardt, P. *et al.* (2009). Implementation of a critical incident reporting system in a neurosurgical department. *Central European Neurosurgery*.

Kutzin, J *et al.* (2009). Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, pp. 549-554.

Lakatos, E.; Marconi, M. (2004). *Metodologia Científica* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.

Leap, L. (2002). Reporting of Adverse Events. *The New England Journal of Medicine*, 347 (20), pp. 1633-1638.

Leap, L.; Berwick, D.; Bates, D. (2002). What Practices Will most Improve safety? Evidence-Based Medicine Meets Patient Safety. *Journal of the American Medical Association*, 288 (4), pp. 501-507.

Leap, L.; Brennan, T. *et al.* (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Result of the Harvard Medical Practice Study II. *The New England Journal of Medicine*, 324 (6), pp. 377-384.

Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro, Diário Da República I Série-A, nº258, p. 7150-7154.

Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, Diário da República I Série, nº 195, p.3452-3459.

Lembitz, A.; Clarke, T. (2009). Clarifying "never events" and introducing "always events". *Patient safety in Surgery*, 3, pp. 1-5.

Longnecker, D.; Murphy, F. (1992). *Dripps/Eckenhoff/Vandam - Introduction to Anesthesia* (8ª Edição ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Mahajan, R. (2010). Critical incident reporting and learning. *British Journal of Anaesthesia*, 105 (1), pp. 69-75.

Manica, J. *et al.* (2004). *Anestesiologia: Princípios e Técnicas* (3ª Edição ed.). Porto Alegre: Artmed EditoraS.A.

Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro: Report Number.

Ministério da Saúde. (1998). *Estudo da OCDE – Portugal 1997/98: resumo relativo ao capítulo “saúde”*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Moje, C.; Jackson, T.; McNair, P. (2006). Adverse events in Victorian admissions for elective surgery. *Australian Health review*, 30 (3), pp. 333-343.

Monahan, F. *et al.* (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectiva de saúde e doença* (8ª Edição ed., Vol. I). Loures: Lusodidacta.

Morgan, G.; Mikhail, M. (1992). *Clinical Anesthesiology* (1ª Edição ed.). Connecticut: Appleton & Lange.

Nagelhout, J.; Zaglaniczny, K. (2005). *Nurse Anesthesia* (3ª Edição ed.). St Louis: Elsevier Saunders.

National Steering Committee on Patient Safety. (2002). *Building a Safer system: A National Integrated Strategy for Improving Patient safety in Canadian Health Care*. Otava.

NHS. (2003). *Preoperative Tests: The use of routine preoperative tests for elective surgery*. Londres: NHS.

Nieva, V.; Sorra, J. (2003). Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in health care organizations. *Quality and safety in Health Care*, 12 (2), pp. 17-23.

NPSA. (2006). *Manchester Patient Safety Framework*. National Health System, National Patient Safety Agency. Manchester: Universidade de Manchester.

NPSA. (2010). *Never Events Framework: Update for 2010/2011 Policies and action for Primary Care Trusts*. National Patient Safety Agency. NHS.

NQF. (2006). *Serious Reportable Events in Healthcare 2006 Update. A consensus Report*. Washington: NQF.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2003). *Evolução do Sistema de Saúde Português. Aprender com os Ensinaamentos do Passado*. Obtido em 19 de Agosto de 2008, de <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Evolucao-do-sistema-de-saude-portugues-aprender-com-os-ensinamentos-do-passado.pdf>

- OCDE. (2007). *Annual Report 2007*. Paris: OCDE.
- OCDE. (2004). Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD. *OECD Health Technical Papers N°. 18* . Paris, França.
- OMS. (2002). *Quality of care: Patient safety*. Geneve: OMS.
- OMS. (2003). *Surgical Care at the District Hospital*. Geneve: OMS.
- OMS. (2005). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems*. World Alliance for Patient Safety. Geneve: OMS.
- OMS. (2006). *World Alliance for Patient Safety Forward Program 2006-2007*. Geneve: OMS.
- OMS. (2007). *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Geneve: OMS.
- OMS. (2008a). *Guidelines for safe surgery. 1ª Edição*. Geneve: OMS.
- OMS. (2008b). *Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research*. World Alliance for Patient Safety. Geneve: OMS.
- OMS. (2008c). *World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2008-2009*. Geneve: OMS.
- OMS. (2009). *Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009 - Safe Surgery Saves Lives*. World Alliance for Safer Health Care. Geneve: OMS.
- OMS. (2010). *Patient Safety Workshop: Learning From Error*. World Alliance for Patient Safety. Geneve: OMS.
- Parra, O.; Saad, W. (1987). *Técnica operatória fundamental: descrição das manobras operatórias básicas*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.
- Pereira, C.; Henriques, J. (2006). *Cirurgia - Patologia e clinica* (2ª Edição ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Pérez, C. (2001). *Técnicas Estadísticas con SPSS*. Madrid: Pearson Educación, SA.

Pfeiffer, Y.; Manser, T.; Wehner, T. (2010). Conceptualising barriers to incident reporting: a psychological framework. *Quality and Safety in Health Care* .

Phipps, W.; Long, B.; Woods, N. (1990). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e prática clínica*. Loures: Lusodidacta.

Pinheiro, D. (1993). Bloco Cirúrgico: que tendências?. *Revista Nursing, Ano 5, Nº 61*, 06-10. Lisboa.

Pinto, A. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.

Polit, D.; Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro. *Diário da República, 1ª Série, Nº 21* , 636-(2) - 636-(124).

Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro. *Diário da República, 1ª Série, Nº 21* , 660-758.

Portaria nº 839-A/2009 de 31 de Julho. (s.d.). *Diário da República 1ª Série, Nº 147* , pp. 4978-(2) - 4978-(124).

Pronovost, P.; Sexton, B. (2005). Assessing Safety Culture: guidelines and recommendations. *Quality and Safety in Health Care, 14*, pp. 231-233.

Quivy, R.; Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal, 320*, pp. 768-770.

Reason, J. (1995). Understanding adverse events: Human factors. *Quality in Health Care, 4*, pp. 80-89.

Reason, J.; Carthey, J.; Leval, M. (2001). Diagnosing "Vulnerable System Syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. *Quality and Safety in Health Care, 10*, pp. ii21-ii25.

- Rego, G. (2008). *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Sector da Saúde*. Porto: Vida Económica.
- Ribeiro, J. (2003). A Empresarialização dos Hospitais. *A Qualidade Em Saúde*, 7, pp. 10-11.
- Richardson, R. (1989). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (2ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Rocha, J. (2000). Modelos de Gestão Pública. *Revista portuguesa de Administração e Políticas Públicas*, 1(1), pp. 6-16.
- Rodrigues, M. (1998). Relatório de Investigação: elementos fundamentais. *Referência*, 0, pp. 75-76.
- Rothrock, J. (2008). *Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. (A. e. Soares, Trad.) Loures: Lusodidacta.
- Runciman, W.; Edmonds, M.; Pradham, M. (2002). Setting Priorities for Patient Safety. *Quality and Safety in Health Care*, 11, pp. 224-229.
- Sabiston, D. (1991). *Fundamentos de Cirurgia Sabiston* (Vol. I). (N. Oliveira, Trad.) São Paulo: Editora Manole Ltda.
- Sanders, J.; Cook, G. (2007). *ABC of Patient safety*. Oxford: BMJ Books; Blackwell Publishing.
- Sexton, J. *et al.* (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, pp. 6-44.
- Shojania, K. *et al.* (2001). *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment N° 43*. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville: AHRQ.
- Singer, S *et al.* (2003). The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Quality and Safety in Health Care*, 12, pp. 112-118.

Smeltzer, S.; Bare, B. (2003). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

Sorra, J *et al.* (2008). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2008 Comparative database Report*. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville: AHRQ Publication.

Stracieri, L. (2008). Cuidados e complicações pós-operatórias. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 41, N° 4, pp. 465-468.

Towsend, M. *et al.* (2005). *Sabiston, tratado de cirurgia: a base biológica da moderna prática cirúrgica* (17ª ed.). (A. e. al, Trad.) Rio de Janeiro: Elsevier.

Urbano, J.; Bentes, M. (1994). Definição da Produção do Hospital: Os Grupos de Diagnósticos Homogêneos. *Actualização do texto com o mesmo título publicado na Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8 (1), Janeiro/Março 1990 .

Vicent, C. (2007). Incident reporting and patient safety. *BMJ* , 334, p. 51.

Vicent, C.; Taylor-Adams, S.; Stanhope, N. (1998). Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal*, 316, pp. 1154-1157.

Vicent, C.; Neale, G.; Woloshynowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*, 332, pp. 517-519.

Walton, M. *et al.* (2005). *National Patient Safety Education Framework*. Australian Council for Safety and Quality in Health Care, Sydney.

Weisar *et al.* (2008). An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *The Lancet.com* , pp. 139-144.

Wenzel, R. (2010). Minimizing surgical-site infections. *The New England Journal of Medicine*, 362(1), pp. 75-77.

Wilson, R. *et al.* (1995). The Quality in Australian Health Care Study. *The Medical Journal of Australia*, 163, pp. 458-471.

Zonsius, M.; Murphy, M. (1995). Use of Total Quality Management Sparks Staff Nurse Participation in Continuous Quality Improvement. *Nursing Clinics of North America*, 1, pp. 1-12.

## ANEXOS

### Anexo 1 – Critérios Clínicos Relacionados com os Eventos Adversos, Segundo Wilson *et al* (1995).

Critérios
1 Admissão não planeada antes do internamento
2 Readmissão não planeada após alta do internamento
3 Lesão do paciente ocorrida no internamento
4 Reacção adversa a medicamento
5 Transferência não planeada dos cuidados gerais para os cuidados intensivos
6 Transferência não planeada para outro hospital de agudos
7 Regresso não planeado ao Bloco Operatório
8 Remoção, lesão ou reparação não planeada de órgão durante a cirurgia
9 Outras complicações (IAM, AVC, Embolia Pulmonar)*
10 Desenvolvimento de déficite neurológico não presente na admissão
11 Morte inesperada
12 Alta precoce para casa
13 Paragem cardio/respiratória, índice de APGAR baixo
14 Lesão relacionada com o aborto ou o parto
15 Infecção adquirida no Hospital/Sepsis
16 Equipamento defeituoso/ não disponível
17 Ausência ou falha na utilização de políticas ou protocolos
18 Formação ou supervisão inadequada do Staff
* IAM - Infarte Agudo do Miocárdio; AVC - Acidente Vascular Cerebral

Fonte: Wilson *et al* (1995).



## Anexo 2 – Indicadores por Área Relacionados com a Segurança do Paciente, Segundo a OCDE (2004).

Área	Indicador
Infecções Adquiridas no Hospital	Pneumonia por ventilador
	Infecção da ferida
	Infecção devido a cuidados médicos
	Úlcera de decúbito
Complicações Operatórias e Pós-operatórias	Complicações com a anestesia
	Fratura pós-operatória da anca
	Embolia pulmonar pós-operatória
	Trombose venosa profunda
	Sepsis pós-operatória
	Dificuldade técnica com o procedimento
Eventos Sentinela	Reação a transfusão sanguínea
	Tipo de sangue errado
	Cirurgia no sítio errado
	Corpo estranho deixado durante o procedimento
	Eventos adversos relacionados com equipamento médico
	Erros de medicação
Obstétricos	Traumatismo à nascença - lesão do recém-nascido
	Traumatismo obstétrico - parto vaginal
	Trauma obstétrico - cesariana
	Problemas com o parto
Outros Eventos Adversos Relacionados com os Cuidados de Saúde	Queda do paciente
	Fratura da anca ou queda no internamento


Fonte: OCDE (2004).

## Anexo 3 – Grupos de Eventos Adversos Segundo a OMS (2008).

### Grupos de Eventos Adversos

- 1 Eventos adversos relacionados com a medicação
- 2 Eventos adversos e lesões relacionadas com dispositivos médicos
- 3 Lesões derivadas de erros cirúrgicos ou anestésicos
- 4 Infecções associadas aos cuidados de saúde
- 5 Práticas inseguras para injecções
- 6 Sangue e hemoderivados inseguros
- 7 Segurança na grávida e no recém-nascido
- 8 Segurança nos idosos
- 9 Lesões devido a quedas nos hospitais
- 10 Úlceras de decúbito

## Anexo 4 – Questionário



### Questionário

31017

Com este questionário pretende-se compreender a sua posição no que diz respeito à segurança do paciente no seu serviço relativamente ao ano de 2008. Deve indicar o nível de concordância relativamente às afirmações apresentadas. Se a questão não se aplica ao seu local de trabalho, então marque "Não aplicável".

**Segurança do Paciente** - Cuidados de saúde ao paciente livres de dano desnecessário ou de potencial dano. (OMS, 2007).

Este questionário vai ser submetido a leitura óptica.  
Por favor use tinta preta ou azul evitando tocar nos cantos das caixas.

**Preencha**

Assim

☒

Assim não

☐

☒

### A. Cultura de Segurança

	Discordo Plenamente	Discordo	Não Concordo Nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não Aplicável
1. A cultura deste serviço facilita a aprendizagem com os erros de outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O meu serviço faz um bom trabalho na gestão do risco para garantir a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pedir ajuda é sinal de incompetência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A chefia cria um clima que promove a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Acredito que os erros nos cuidados de saúde constituem um risco real e significativo para os pacientes que cuidamos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Acredito que os erros nos cuidados de saúde não são comunicados/registados frequentemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Falar com os outros sobre os meus erros é embaraçoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os erros levaram a mudanças positivas no serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Após a introdução de alterações para melhoria da segurança do paciente, avaliamos a sua eficácia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Neste serviço, discutem-se formas de prevenir erros para que não ocorram novamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se cometo um erro que tenha consequências significativas e ninguém o referencia, eu não digo a ninguém.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Estamos continuamente a desenvolver processos para melhorar a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A chefia parece interessada na segurança do paciente apenas quando um evento adverso acontece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Por vezes existe a pressão para terminar a tarefa rapidamente, mesmo que isso signifique aligeirar procedimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Trabalho numa unidade onde a segurança do paciente tem uma elevada prioridade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A segurança do paciente nunca é sacrificada na obtenção de maior produtividade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-me-ia seguro se fosse tratado como paciente nesta unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Os erros clínicos são devidamente tratados nesta unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Temos problemas de segurança do paciente nesta unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Recebo o feed-back adequado acerca do meu desempenho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. As discordâncias são resolvidas apropriadamente (i.e., não é quem tem razão, mas antes o que é melhor para o paciente).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Em situações de emergência, consigo prever o que o restante pessoal fará em seguida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Já cometi erros que potencialmente poderiam provocar dano ao paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Os médicos e os enfermeiros trabalham como uma equipa bem coordenada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Somos informados acerca dos erros que acontecem neste serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V.S.F.F.



31017

**A. Cultura de Segurança**

	Discordo Plenamente	Discordo	Não Concordo Nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente	Não Aplicável
26. A equipa sente que os seus erros são usados contra os seus elementos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Os nossos procedimentos e sistemas são bons para prevenir que os erros aconteçam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Estou satisfeito com a qualidade da colaboração que tenho obtido da equipa médica deste serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Estou satisfeito com a qualidade da colaboração que tenho obtido da equipa de enfermagem deste serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Este serviço desenvolve um bom trabalho no treino de novo pessoal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Já observei erros cometidos por outros, que potencialmente poderiam provocar dano ao paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Face a qualquer situação que me ocorra, referente à segurança do paciente, sou encorajado pelos meus colegas a comunicar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. A fadiga prejudica o meu desempenho em situações de emergência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Toda a informação relativa ao paciente está disponível antes do início de qualquer procedimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Este serviço está a fazer mais pela segurança do paciente, do que fazia há um ano atrás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Acredito que a maioria dos eventos adversos ocorre como resultado de falhas múltiplas do sistema, não sendo atribuídas às acções individuais..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. O pessoal desrespeita com frequência normas ou <i>guidelines</i> (ex.lavagem das mãos, protocolos, orientações clínicas, regras de assepsia,etc), que estão estabelecidas para esta área clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Frequentemente, sinto-me incapaz de expressar a minha discordância com a equipa (médicos e enfermeiros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. A segurança do paciente é constantemente reforçada como uma prioridade, neste serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. A informação obtida através de incidentes é utilizada para que os cuidados ao paciente sejam mais seguros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Neste serviço, é difundida a adesão a <i>guidelines</i> e a critérios baseados na evidência, acerca da segurança do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Nesta unidade é difícil discutir os erros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. O meu superior, neste serviço, ouve-me e tem em conta as minhas preocupações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Quando um evento é comunicado, parece que é a pessoa que o praticou que está em causa e não o problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B - Número de eventos**1.Existe sistema de comunicação de eventos: ☐ Sim ☐ Não

2.Quantifique o n° de comunicações que efectuou em 2008:

☐ a. Nenhum evento   
☐ b. 1 a 2   
☐ c. 3 a 4   
☐ d. 6 a 10   
☐ e. 11 a 20   
☐ f. 21 ou mais
**C - Classificação quanto à segurança do paciente**

Atribua uma classificação à sua unidade, atendendo à apreciação geral quanto à segurança do paciente:

☐ A. Excelente   
☐ B. Muito Boa   
☐ C. Aceitável   
☐ D. Pobre   
☐ E. Inexistente
**D - Caracterização**Género: ☐ Masculino ☐ FemininoIdade: ☐ 20 a 30   
☐ 31 a 40   
☐ 41 a 50   
☐ 51 a 60   
☐ > 60Profissão: ☐ Médico ☐ EnfermeiroTempo de Serviço (anos): ☐ < 1   
☐ 1 a 5   
☐ 6 a 10   
☐ 11 a 15   
☐ 16 a 20   
☐ > 21Tempo na Unidade actual (anos): ☐ < 1   
☐ 1 a 5   
☐ 6 a 10   
☐ 11 a 15   
☐ 16 a 20   
☐ > 21

Obrigado pela sua colaboração

**Anexo 5 - Requerimento ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da ULS da Guarda, EPE, a solicitar autorização para a realização do Estudo.**

*curiosidade do  
que para a  
pelo  
titulos*

*AO CA  
por = processo  
pelo  
titulos*

Exmo Sr  
Presidente do Conselho de Administração  
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE  
Guarda

*Directora  
e  
Comissão de  
ética  
15/4/2009*

José Augusto Calado Monteiro, portador do Bilhete de Identidade número 8164325 de 23 de Abril de 2004, emitido pelo Arquivo de Identificação da Guarda, com residência em Urbanização da Encosta Azul, Lote 5 – 6300 GUARDA, a frequentar o Mestrado em Gestão na Escola Superior de Tecnologia e Gestão, do Instituto Politécnico da Guarda, pretende realizar um projecto aplicado/dissertação com o tema “Segurança do Paciente Cirúrgico, o Papel dos Profissionais e o Impacto Socio-económico numa Unidade Local de Saúde”.

Os principais objectivos do trabalho são:

- Estudar o nível de compreensão dos profissionais quanto à necessidade de implementação de uma cultura de segurança do paciente;
- Perceber a dimensão do problema e o seu impacto socio-económico numa Unidade Local de Saúde;

Desta forma, solicitamos a V. Exa autorização para a aplicação de um questionário (em anexo) já previamente testado, baseado no questionário da Agency for Healthcare Research and Quality dos Estados Unidos da América, a todos os profissionais médicos e enfermeiros dos serviços cirúrgicos da ULS Guarda, EPE. Em simultâneo, para que se possa analisar o impacto socio-económico, solicitamos ainda autorização para fazermos a análise dos GDH Cirúrgicos do ano de 2008, para encontrar os mais significativos em termos de intercorrências que se possam ter verificado, nomeadamente o aumento do tempo de internamento que possa estar relacionado com a segurança do paciente.

*A Comissão de Ética da ULS  
Guarda - 15.04.2009  
deliberação emitida em favor  
do pedido de presente solicitação  
ULS Guarda 15.04.2009  
por CES J. Calado*

Guarda, 6 de Abril de 2009

Pede deferimento

A Orientadora de Mestrado

O Mestrando

*Maria Manuela Santos Natário*  
(Professora Doutora Maria Manuela Natário)

*José Augusto Calado Monteiro*  
(José Augusto Calado Monteiro)

U.L.S. Guarda, E.P.E.
Entrada N.º 3119
Em 09/04/06

C. Adm 29.04.2005  
Autorizado. Debe  
contado para entrega  
de VLS de su exa-  
plar do mebleto

Doc. 19  
U. L. S. Guarda, E. P. E.  
Acta n°. 20 de 29/04/09

## Anexo 6 – Quadro ANOVA para a Dimensão “Liderança”

**ANOVA - Variáveis para a Dimensão "Liderança"**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
q4	Between Groups	25,899	2	12,950	15,974	,000
	Within Groups	98,901	122	,811		
	Total	124,800	124			
q13	Between Groups	20,576	2	10,288	9,750	,000
	Within Groups	128,736	122	1,055		
	Total	149,312	124			
q43	Between Groups	32,224	2	16,112	17,903	,000
	Within Groups	108,897	121	,900		
	Total	141,121	123			

## Anexo 7 – Quadro ANOVA para a Dimensão “Comunicação Aberta”

**ANOVA - Variáveis para a Dimensão "Comunicação Aberta"**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
q7	Between Groups	4,687	2	2,343	2,707	,071
	Within Groups	104,733	121	,866		
	Total	109,419	123			
q20	Between Groups	34,480	2	17,240	18,838	,000
	Within Groups	111,648	122	,915		
	Total	146,128	124			
q25	Between Groups	21,937	2	10,968	9,636	,000
	Within Groups	138,863	122	1,138		
	Total	160,800	124			
q32	Between Groups	9,323	2	4,662	6,912	,001
	Within Groups	81,604	121	,674		
	Total	90,927	123			
q40	Between Groups	29,548	2	14,774	23,173	,000
	Within Groups	77,780	122	,638		
	Total	107,328	124			
q42	Between Groups	10,302	2	5,151	4,912	,009
	Within Groups	126,883	121	1,049		
	Total	137,185	123			

## Anexo 8 – Quadro ANOVA para a Dimensão “Trabalho de Equipa”

**ANOVA - Variáveis para a Dimensão "Trabalho de Equipa"**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
q24	Between Groups	18,802	2	9,401	8,343	,000
	Within Groups	137,470	122	1,127		
	Total	156,272	124			
q28	Between Groups	7,796	2	3,898	3,469	,034
	Within Groups	134,854	120	1,124		
	Total	142,650	122			
q29	Between Groups	4,255	2	2,127	3,584	,031
	Within Groups	71,225	120	,594		
	Total	75,480	122			
q30	Between Groups	34,844	2	17,422	20,500	,000
	Within Groups	103,684	122	,850		
	Total	138,528	124			